Tome II. — N° 4 Novembre 1958

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE SUICIDE, L'ETAT DE CONSCIENCE ET LA STRUCTURE SOCIALE

par

M. le Dr Georges TAMARIN (Tel-Aviv, Israël)

« Ils devinrent les intimes de l'horreur, parce que l'horreur est issue des profondeurs de l'univers. Ils aimèrent l'épouvante, parce qu'elle se rapprochait de la plénitude du Tout. La peur panique les attira, parce qu'elle empoignait l'individu de manière redoutable, et que, malgré tous les sentiments de contrainte, d'asservissement et de dépendance, elle leur permettait de goûter au Monde. » (W. Michel : *Le diabolique et le grotesque en art*, p. 29).

I. — Le suicide, en tant que « differentia specifica »

La recherche psychologique des dernières décades a éclairé bien des aspects mal connus du suicide, ses conditions, ses mécanismes, ses motifs conscients et inconscients, son appréciation différente selon le milieu culturel, etc...

Qu'il suffise de mentionner quelques-unes des découvertes les plus importantes, telles la théorie selon laquelle l'agression fatale par laquelle l'*individu* se détruit lui-même ne peut être comprise que si l'on admet qu'elle était dirigée à l'origine contre un objet plus tard introjecté ; la mise au jour du rapport entre l'agres-

sivité, la culpabilité et le suicide ; la conception du suicide comme une réaction à une situation insoluble, lorsque l'individu a perdu tout espoir d'être aimé, c'est-à-dire quand le moi cesse d'être soutenu par la libido qui lui parvient de ses relations objectales.

Relevons encore les analyses des rapports entre la mort et les expériences érotiques, les significations symboliques inconscientes de certaines actions suicidales, telles les diverses observations cliniques de régression du moi et d'annihilation de soi (par Freud, Abraham, Rado, Sadger, Zilboorg, entre autres). Mais diverses questions concernant ce phénomène humain, excessivement et *uniquement* humain, sont restées sans réponse.

Il en est de même de la question qui, à notre connaissance, n'a même pas été explicitement posée : *A partir de quel stade de développement de l'homme, le suicide apparaît-il, dès son « début » ou non ?*

Seul l'homme se suicide. Mais l'a-t-il fait de tout temps ?

Le fait que l'homme soit le seul être vivant capable de se soustraire à son destin biologique, d'aller à l'encontre de son instinct de conservation et de se détruire lui-même par une action *consciente*, ce fait est lui-même d'une signification fondamentale. (Serait-ce peut-être en rapport avec la *conscience*, qu'il a une existence en tant qu'être conscient).

L'homme est un animal qui peut se suicider. Cette définition, pour n'être pas très adéquate, n'est pas fausse cependant quant à son contenu. Il en est de même de la deuxième, selon laquelle l'homme est le seul être vivant capable de provoquer un avortement. (Ici encore, une action *consciente* et *mortelle* arrache une victoire problématique à la loi naturelle qu'est la conservation de l'espèce).

Lorsque, dans notre définition improvisée, nous avons posé la différence spécifique, nous avons en même temps supposé un rapport entre le suicide et la nature de l'espèce ; donc, qu'il est quelque chose de spécifique dans la structure biologique et psycho-sociale de l'existence de l'homme, qui rend le suicide possible et parfois même inévitable.

Cependant, avant de procéder, il convient de nous poser encore une fois la question si, dans le règne animal, il n'existe vraiment pas de suicides. La croyance très répandue, selon laquelle le scorpion qu'entoure un cercle de feu se suiciderait, s'est avérée être pure légende, ainsi que le prouvèrent des expériences faites

ces dernières années par Millot-Vachon (1949), Vachon (1952) et Shulov (1955).

Il est pourtant parmi des animaux des cas de destruction de soi qui sans doute sont apparentés au suicide chez l'homme : tels le refus de nourriture du singe au zoo (et peut-être d'autres animaux aussi) lorsque meurt son compagnon ; et le chien fidèle qui se laisse mourir d'inanition sur la tombe de son maître.

Nous ajouterons quelques remarques à propos de cette forme possible de suicide chez l'animal :

1) On pourrait objecter que cette façon passive de se laisser mourir ne saurait être considérée comme suicide ni chez l'homme, ni chez l'animal ; que la décision consciente, ainsi que sa mise en pratique active sont des conditions formelles du suicide. Nous ne saurions nous ranger à cet avis, et considérons le fait de se laisser mourir passivement comme une forme de suicide au même titre que la destruction de soi furieuse du psychotique enragé, ou que le suicide décidé en pleine conscience et exécuté de même du malade incurable qui s'efforce de rendre sa fin aussi douce que possible.

2) Sa ressemblance avec la réaction dépressive-mélancolique humaine est frappante, et il n'est pas exclu qu'il existe une continuité, inconnue encore, de la bête à l'homme, dans la base somatique de la dépression.

3) D'autre part, nous croyons qu'il est important de souligner que, dans les exemples ci-dessus, les animaux ne vivent pas dans leur milieu naturel, mais bien qu'ils vivent avec l'homme, ou dans des conditions fortement influencées par lui. Nous ne suggérons naturellement pas que l'homme ait « gâté » l'animal au moyen de sa propre psychologie. Mais nous pensons que le « processus naturel de deuil » (Treuerarbeit), ainsi que la possibilité de nouer des liens libidinaux nouveaux après la mort du partenaire sont devenus bien plus difficiles, et que ces faits sont susceptibles de fortement influencer la réaction. Et c'est là ce qui nous fait douter du suicide chez les animaux.

Si donc le suicide est une prérogative de l'espèce humaine, il en résulte deux éventualités :

a) soit que l'*Homo sapiens* est susceptible de se suicider dès le « début » de son devenir homme (ce qui implique une discontinuité radicale par rapport au règne zoologique) ;

b) soit qu'il n'a commencé à se suicider que depuis que son développement a atteint un stade donné. Mais lequel ?

Si c'est la première éventualité qui est la bonne, il convient de se demander pour quelle raison cette « bête de travail à deux pieds » se suicide parfois. Et, quant à la deuxième hypothèse, il s'agit de préciser ce qui, dans le développement de la nature humaine (et de la société humaine) a produit ce mode de réaction bio-psychologique nouveau et horrible et quand débuta cet état de chose.

Quand et *pourquoi ?* Il s'y ajoute encore la troisième question, du *comment ?* Cette dernière question, concernant les modalités techniques du suicide, pourrait au premier abord sembler toute secondaire par rapport au problème général. Cependant qu'il suffise de rappeler que, par suite de la conformation physique de l'animal d'une part, et de la pauvreté des moyens dont disposait l'homme préhistorique d'autre part, la majorité des méthodes pour mettre fin à ses jours pratiquées aujourd'hui n'entraient pas alors en ligne de compte ; ainsi, en dehors de la méthode toute passive de se laisser mourir de faim, il n'existait qu'un nombre très réduit de moyens techniques de se suicider. Il en découle qu'il pourrait bien y avoir intérêt à rechercher les moyens qu'employait l'homme d'autrefois pour se détruire, afin de mieux comprendre l'acte en lui-même.

II. — Le suicide, destruction et « salut » de l'individu

L'anthropologie, ainsi que les sciences apparentées apportent un matériel empirique trop peu sûr pour que notre question y trouve sa réponse.

Aussi sommes-nous obligé de poursuivre la solution du problème par le détour de la méthode comparée, afin de tenter de comprendre la « progression » du fait de *tuer* (réaction de nos ancêtres animaux, au service de la conservation de soi) à celui de *se tuer soi-même* (qui s'oppose à l'instinct de conservation). L'analyse des « formes transitoires » du phénomène lui-même ne peut nous mener bien loin.

Le fait de se mutiler soi-même — pour autant qu'il puisse être considéré formellement comme intermédiaire menant à la destruction de soi — s'avère être une opération qui, dans le règne animal au moins, est sans doute une fonction au service de la conservation de soi ou, parfois, de l'espèce.

Ainsi en est-il du réflexe biologique de l'*autotomie* (dont un rejeton tardif est le mécanisme de défense qui est la projection), dont le but est de libérer ou de sauver l'individu. Et des cas comme celui du pélican, qui se mutile pour pouvoir nourrir

ses petits, sont des actions servant à la conservation de l'espèce.

Chez l'homme, l'auto-mutilation, ainsi que les « suicides partiels » peuvent être répartis en deux groupes. Soit que, de par leur intentionnalité inconsciente, ce sont de vraies tentatives de suicide. Le côté théorique de l'auto-destruction demeure dans ce cas inchangé. Soit que le but *n'est pas* l'annihilation du moi, sans préjudice du fait que le résultat pratique de l'acte soit souvent tel. Nous avons dès lors affaire à un tout autre aspect où la forme moins marquée de l'acte ne peut désormais plus nous guider.

Cette voie, la seule possible, consistant à considérer le problème sous l'angle de la *continuité* du phénomène, alors qu'il y a *discontinuité* simultanée de sa signification (qualité), c'est celle où nous allons nous engager.

Pourtant, avant cela encore, il nous faut considérer la solution relativement la plus simple, qui admet l'existence d'un instinct de mort primaire et d'origine biologique, se trouvant en l'homme depuis toujours (Freud), et qui, dans des circonstances données, cause la destruction de l'individu.

Il convient cependant de remarquer :

Cette hypothèse d'un instinct de mort primaire, opposé à l'instinct de conservation, est considérée comme non démontrée par un nombre considérable de chercheurs (l'attitude de l'auteur à l'égard de cette hypothèse est également négative). Mais, même à supposer que cette hypothèse puisse être considérée comme sûre, et que par là la question de la « date » se trouve résolue, le problème suivant se poserait : pourquoi l'instinct de mort n'existe-t-il pas aussi intensément chez les animaux ; qu'est-ce qui modifie la réaction biologique de base de l'homme d'une manière aussi radicale qu'il en parvienne à faire le « saut dans le suicide » ?

Nous voulons donc considérer la possibilité que le suicide ait pu signifier un jour, et éventuellement aussi aujourd'hui, autre chose que la tendance à l'auto-destruction.

L'idée psychanalytique, d'une part, que le suicide contient parfois des éléments inconscients de satisfaction des pulsions, et, d'autre part, la constitution partiellement autre de la mentalité primitive, peuvent faire paraître moins étrange cette phrase paradoxale : que l'acte de suicide ne vise pas la destruction de l'individu, et que l'expérience menant à l'annihilation de soi pouvait ne pas être dénuée d'un élément de plaisir (!) pour l'homme archaïque. Dans ce cas, nous avons naturellement aussi

affaire à une complication en profondeur de l'instinctualité. En effet si, par exemple, la mentalité animiste influence l'attitude envers la mort, il y a là une paralysie de l'instinct de conservation par l'acte de pensée (trompeur et fantastique).

A l'aide de cette modification de la question, nous repoussons la réponse à la question du *depuis quand,* et nous échappons passagèrement à la difficulté qu'offre la volonté *consciente* d'auto-destruction.

Il est des cas où le suicide constitue un essai — tout irrationnel — de salut de l'individu.

Tels sont les actes de sauvetage, absurdes et contradictoires, que constituent les suicides de condamnés à mort, ainsi que l'a aussi souligné M. Chadwik. Quelque inutile que soit cette action d'un point de vue pratique, et quoiqu'elle hâte encore la mort (dans une certaine mesure, on est frappé de la ressemblance avec la fuite antiphobique « en avant », où l'individu se jette dans la situation qu'il redoute tellement), il est pourtant impossible de ne pas y reconnaître une affirmation du moi (1). Le moi se tue pour échapper à l'insupportable *tourment que sont la peur de la mort et le sentiment mortel de l'impuissance* par rapport à la menace de violence et de destruction par autrui.

Cette défense désespérée et irrationnelle de l'intégrité et de la dignité du moi le plus intime et existentionnel, il importe sans conteste, en dépit de ses résultats, de la considérer plutôt comme une expression de l'instinct de conservation (fuite devant la menace de mort par l'autrui) que comme un effet de l'instinct de mort hypothétique. C'est cette tentative de préserver l'image familière de sa personnalité que souligne A. Adler à propos du suicide de Goljadkin (Dostoïevski : « Le sosie »), qui se réfugie dans la schizophrénie et se tue, lorsque l'intégrité de son moi est menacée par l'irruption du « mauvais moi ». O. Rank cite dans son livre la longue série des exemples basés sur le motif du sosie (2). Dans tous ceux-là aussi, où l'essai de tuer l'*alter ego* ennemi mène à la destruction de soi, nous retrouvons la même incapacité de maintenir un moi intégré et stabilisé (dans

(1) Nous faisons usage du terme moi, à moins d'indication spéciale (« moi »), non dans le sens psychanalytique étroit, mais comme identique au « soi » (self), comme centre de la personnalité, qui assure le sentiment d'identité avec soi-même.

(2) Rank. — *Le sosie* (« Der Doppelgaenger »). Dans le cas de la scission de la personnalité, la dynamique est dans une certaine mesure l'opposé du jeu des forces tel qu'on le trouve dans le suicide des déprimés. Là on cherche consciemment à tuer l'ennemi (projeté) ; ici c'est soi-même que l'on veut supprimer et par là l'objet introjecté.

ses couches conscientes et inconscientes), qui est bien la motivation la plus profonde du suicide. La lutte des deux personnalités, en tant que représentation projective et dramatisée de la scission intérieure, n'est qu'une étape du processus, qui débute avec le premier indice de l'irruption du « moi inconscient », et qui, ne pouvant supporter de ne plus être le soi-même identique à soi, s'achève en suicide.

L'explication psychanalytique classique du suicide de l'individu déprimé est que le « moi » se détruit parce qu'il se sent abandonné et torturé par son « sur-moi ». Cette explication implique la même scission du soi, même si l'image clinique manifeste ne fait pas aussi clairement ressortir la désintégration de la personnalité que lors de la schizophrénie. La panique que provoque le sentiment de dépersonnalisation, et qui si souvent est la première étape sur le chemin de la psychose et du suicide, cette panique est la réaction à la réalisation du fait que n'est plus valable « l'axiome existentionnel d'identité » du moi adulte, différencié et autonome (avec son ensemble relativement fixe de concepts, de sensations et de rapports, dans sa constante moi-monde ambiant). Cet axiome du « je suis moi » (*ego sum ego*) n'est donc plus valable, et c'est à présent un processus régressif qui a commencé concernant la structure de la personnalité, dans lequel le moi n'est pas encore différencié du non-moi en tant que soi.

Il en est qui prétendent que l'homme n'attente pas à sa vie tant qu'il n'est pas acculé à une situation psychosociale sans issue. Précisons, en ce qui concerne l'homme civilisé (chez qui se trouve le sens de la conscience du moi en tant qu'individu autonome) : il ne se tue pas tant que son moi n'a pas perdu le sens de l'intégrité et de la capacité de fonctionner de manière à venir à bout des tâches qui lui incombent dans le cadre de son milieu.

Nous voulons répéter ici ce que nous avons exprimé ailleurs. L'identité du moi (*ego sum ego*) est de nature dialectique contradictoire. On est « je » pour autant qu'on se différencie du monde ambiant, et qu'on se réalise différent de lui. Mais, lorsque cette séparation devient totale, nous avons affaire au « moi absolu », autistique, incapable de fonctionner et qui cesse bientôt d'être un moi.

Les exemples ci-dessus montrent non seulement que le suicide est parfois un essai irrationnel de préserver le moi d'une destruction brutale, mais encore que l'individu se tue quand il ne

lui est *plus* possible de continuer son existence *en tant que moi* (intégré).

Nous avancerons plus loin l'hypothèse que, dans la perspective génétique, le suicide, en tant que réaction humaine, est apparu à un moment où l'individu (biologique) n'avait pas *encore* suffisamment de possibilités psychologiques d'exister en tant que moi différencié, tout en étant déjà forcé d'être un « moi individuel », c'est-à-dire à l'époque de cette restructuration sociale de la préhistoire qui eut pour conséquence la formation de l'individu indépendant et conscient.

III. — Tuer, être tué, se tuer

L'horreur et l'extase de la mort

L'analyse du suicide en tant que continuité du phénomène, avec discontinuité simultanée de sa qualité (signification), ne doit pas nous faire perdre de vue la nature double du suicide comme fonction. Le suicide est donc par définition aussi bien le fait de tuer (la continuité en est ininterrompue dans le monde animal) que d'être tué (ce genre ne se trouve que chez l'homme).

La théorie psychanalytique du suicide du déprimé prend en considération ce double caractère du suicide, aussi bien quant à sa dynamique (impulsion agressive qui se tourne contre le moi) que concernant l'expérience du tuer et d'être tué simultanés. Cependant, le fait que l'objet introjecté dans le moi est tué n'est aucunement la seule liaison possible entre tuer, être tué et se tuer.

Recherchons certaines des « formes de transition ».

A) Le caractère dualiste de la fonction du suicide est clairement exprimé dans cette forme de suicide, peu usité de nos jours, où cet acte est exécuté par *deux* personnes, ainsi que c'est le cas lorsque celui qui a décidé de se suicider se fait tuer par quelqu'un d'autre.

Cette forme de suicide était pratiquée chez les Romains et les peuplades orientales. Là, le maître se faisait tuer par son esclave.

D'autres « formes transitoires » seraient celles où l'individu exécute lui-même l'acte de suicide, mais où la condamnation à mort a été prononcée par autrui, ainsi que ce fut le cas de Socrate. Ou encore là où l'individu ne se suicide pas lui-même, mais où il manifeste à l'endroit de l'agresseur homicide de la « passivité suicidale » et se laisse tuer. C'est ainsi que, dans certaines tribus primitives, les vieillards se laissent tuer sans résis-

tance par leurs fils lorsqu'ils ont atteint un certain âge. Peut-être que des cas d'auto-sacrifice, que Durkheim (à raison ou à tort) considère également comme des cas de suicide, peuvent aussi entrer dans cette catégorie.

C'est moins l'aspect formel de ces cas, qui peuvent être définis aussi bien comme suicides que comme victimes d'actes meurtriers, qui nous intéresse à présent. C'est bien davantage l'aspect psychologique qui y est lié.

Dans le premier cas cité (se faire tuer par son esclave), on peut voir la tendance à se laisser mourir passivement, mais, étant donné la décision consciente, c'est là une destruction active du moi. On peut se demander si la raison principale de cette forme de suicide n'est pas précisément la crainte du moi que son instinct de conservation ne soit plus fort que la décision *consciente,* qui lui est opposée, de se tuer. Remarquons encore que, d'un point de vue « technique », le suicide consistant à se faire tuer par autrui peut être réalisé en dépit de la plus grande pénurie de moyens.

Socrate se détruit sans avoir décidé lui-même de sa mort. Ce qui dans sa réaction frappe le plus, c'est la paralysie totale de l'instinct de conservation (il rejette le plan d'évasion que lui proposent ses amis), par l'acceptation consciente de la loi extra-individuelle, de l'ordonnance collective (ou divine) comme étant plus importante que la vie de l'individu.

Chez Jésus, nous trouvons la même affirmation de l'idée d'être mis à mort, « afin que se réalise ce qui est écrit ».

D'un autre côté, c'est plutôt le fait de se laisser mourir passivement que nous rappelle la passivité suicidale des vieillards à l'égard du fait d'être tué, ainsi que leur indifférence à l'égard de la mort, alors qu'ils n'en ont pas eux-mêmes décidé.

Ce dernier cas pourrait peut-être bien constituer une certaine continuité dans le « suicide » de la bête (qui se laisse mourir de faim) et de l'homme. Et, précisément parce qu'il s'agit de *vieillards,* est-il peut-être permis de postuler une même *extinction de l'instinct de conservation,* sans qu'il faille prendre en considération la complication d'un vouloir-mourir conscient. (Il est difficile d'apprécier la part que joue là aussi l'acceptation des institutions sociales, ainsi que, d'autre part, l'attitude animiste du primitif. Chez certaines tribus Eskimes, les vieillards se suicident souvent volontairement).

B) Si, d'une part, l'idée de mourir, dans les cas d'extinction de l'instinct de conservation, se relie à celle de l'indifférence, de

la passivité, *de l'absence d'affect,* il se présente aussi le cas opposé.

Là, l'idée de mort (en d'autres mots la perte de l'état de conscience et du moi) est liée à une tension affective maximale et à une détente qui la suit — ce qui caractérise l'orgasme sexuel. Ce rapport entre la mort, l'absence de conscience et l'orgasme a été discuté par certains auteurs psychanalytiques. Il en est de même de la ressemblance de l'accès paroxysmal avec perte de conscience dans l'épilepsie, comparée à l'excitation sexuelle qui, à son point le plus haut, se résout en une détente presque semblable à la mort, au cours de laquelle les limites subjectives entre le moi et l'objet disparaissent.

Reich a montré comment, chez le névrosé, la peur de l'orgasme est liée à la pensée de la mort, et bien des réactions physiologiques, qui sont mêlées à la jouissance que procure l'angoisse (Angstlust), ont leur origine dans cette même équivalence.

Ce n'est pas qu'en français que l'orgasme est désigné du nom de « petite mort » ou de quelque expression semblable. Il est même des cas où la mort et l'orgasme sont directement reliés (et ce non seulement dans la « mort douce »). Nous faisons allusion à ces rites sacrés au cours desquels les vierges qu'on sacrifiait étaient déflorées juste avant d'être mises à mort. Et la parenté biologique profonde entre l'orgasme et la mort ressort encore du cas de ces insectes qui, de suite après l'acte sexuel, sont tués par leur partenaire ; et plus encore du cas de ces simples organismes qui meurent de suite après le processus de procréation.

La question qui se pose à nous à présent est de savoir si, chez l'homme primitif, cette liaison entre l'idée de la mort et l'orgasme était une liaison profonde et typique, et si ce fait est susceptible de contribuer à l'explication de la réaction suicidale (en tant qu'aspiration à l'orgasme).

C) Les rapports objectivés des anthropologues, et de ceux qui ont fait des recherches portant sur les civilisations, ne permettent guère de douter que l'attitude de l'homme primitif à l'égard de la mort (c'est-à-dire de tuer, de tuer soi-même) *est susceptible d'être* fondamentalement différente de celle de l'homme civilisé ; que mourir « signifie » autre chose pour lui, et que sa manière de ressentir l'annihilation du moi pourrait bien être reliée à d'autres qualités des sentiments, que ce n'est le cas chez l'homme moderne.

Nombre de ces rapports soulignent que, dans plusieurs tribus

de primitifs, l'individu fait preuve d'une indifférence totale envers l'idée de mourir, et ne révèle pas la moindre trace de peur de la mort. Chez certaines peuplades, le suicide est considéré comme une bagatelle quotidienne, qui sanctionne des vexations même toutes mineures.

L'explication de cette différence dans la manière de ressentir et de réagir semble résider dans l'organisation de la personnalité de l'homme primitif et sa mentalité magique-animiste.

Pour l'état de conscience animiste, la mort n'est pas un voyage définitif « vers ce pays inconnu, d'où aucun voyageur ne revient ». C'est bien plutôt un départ vers une existence différente. Il ne saurait être question de destruction définitive de l'*individu* (moi), ne serait-ce que parce qu'il n'existe encore pas de moi formé, indépendant et conscient de soi chez l'*individu biologique*. Son moi (qui passe par des identités diverses) est encore partie de l'âme de tribu et de la conscience collective avec laquelle le moi individuel peu différencié est relié au moyen des mille liens qui tendent à l'unicité.

On peut trouver là beaucoup d'éléments susceptibles d'expliquer cette attitude envers la mort. Mais il est encore nombre de questions auxquelles il faut répondre.

Avant tout, il y a ce rapport entre « l'unité » de « l'individu biologique » avec son sentiment de soi (quelque diffus et inconscient soit-il), dont l'instinct de conservation le défend de toute atteinte, avec « l'unité » de l' « individualité psychologique » qui, *en tant que partie* de l'âme de la tribu, admet sa destruction physique (en dépit de l'instinct de conservation). Ce rapport est-il donc cette qualité nouvelle de la pensée (de se penser et ressentir comme part de la tribu), est-il cette idée *fantastique* qui est responsable de cette corruption de l'instinct ? Quel est le rapport entre le sentiment de soi biologique des animaux, le sentiment de soi de l'homme primitif, et la conscience de *soi* magique ? Quel est le rapport entre la peur de la mort biologique, la *réalisation* (compréhension) empirique de la mort, la négation magique (?) de cette réalisation, et l'idée empirique de la mort ?

Et, enfin, qu'est-ce qui caractérise la « pensée prémagique » ? La plupart des sociologues et anthropologues admettent que, même chez les groupes *les plus primitifs* (les Esquimaux contemporains en seraient un exemple), on trouve des pratiques magico-rituelles et une interprétation fantastique du monde ; il nous semble cependant qu'entre les *produits de pensée* même

pauvres et fantastiques (à propos de la mort, des revenants, etc.), en tant qu'idées systématisées, interprétatives et formulées verbalement, d'une part, et les « produits de pensée » même des anthropoïdes les plus élevés, d'autre part, il est un gouffre si profond qu'il faut supposer des stades archaïques intermédiaires.

L'homme le plus primitif n'était encore capable que d' « idées éïdétiques » des plus pauvres et non systématisées. Il semble probable que lors de la réalisation empirique de la mort (du « non-être ») qui déchaînait, en accord avec l'instinct de conservation, l'épouvante la plus intense, il cherchait à repousser ce sentiment de non-être au moyen de son interprétation magico-projective. C'est la donnée sociologique de la vie collective et de l'orientation de groupe (en tant qu'opération instinctive) qui favorisait la formation de l'idée d'âme collective, assurant à l'individu biologique l'immortalité.

Du fait que toutes les pratiques magiques sont pénétrées du motif de la mort et de la vie après la mort, c'est-à-dire de la régulation des rapports entre les deux « systèmes existentionnels », il nous semble que l'indifférence à l'égard de la mort individuelle ne saurait être une attitude *primaire*.

Nous avons tout particulièrement souligné ici certains problèmes, pour ne pas céder trop facilement à la tentation de voir dans la mentalité primitive comme telle l'explication à la réaction suicidale.

La situation est compliquée. Il s'agit du rapport du moi individuel faible avec l'âme collective, au retour de laquelle il tend, — de même que plus tard aussi le « moi » retourne périodiquement (pendant le sommeil) au « ça » (Es) pour se dissoudre en lui.

Le cadre où l'on trouve le plus souvent des cas d'auto-mutilation (souvent en forme d'auto-castration) et de suicide, en plus des meurtres et d'orgies sexuelles, ce sont les fêtes et mystères sacrés. (On peut les observer chez les tribus existant encore aujourd'hui).

Les chamans et les derviches, au cours de leurs danses déchaînées, parviennent à des états extatiques avec obscurcissement de l'état de conscience. A ces moments, il arrive qu'ils se blessent grièvement, souvent mortellement, avant même d'avoir atteint le faîte de leur transport, et de s'effondrer en des convulsions cataleptiques. Nombre des frères de la tribu, qui, au début, par leurs battements de mains et de tambours rythmés, avaient contribué à établir le diapason extatique, sont eux-mêmes entraînés par l'atmosphère excitée, et s'abandonnent au tourbillon de

la danse forcenée. Celle-ci s'achève en des scènes d'orgies ; souvent aussi par des meurtres et des cas de suicide.

Nous avons là l'équivalent de l'annihilation de soi active et brutale telle qu'elle a lieu dans le délire catatonique ou épileptique (3), au cours duquel la destruction furieuse de soi s'accompagne d'indices indéniables de jouissance.

Les éléments suivants se trouvent réunis dans les cas de destruction de soi dans l'ivresse du culte :

a) l'abolition de l'état de *conscience* et de la pensée en tant que fonction autonome, par suite de quoi les limites du sentiment de soi disparaissent, et l'individu se trouve dans un état où il flotte comme hors du temps, et où il se sent uni à l'univers entier dans une union mystique cosmo-dualiste (4) ;

b) la *collectivité*, dont la présence et la participation (en plus de l'érotisme musculaire de la danse) sont les conditions préalables à ce que s'établisse l'état extatique, et dans laquelle l'individu étourdi se dissout, dans son être-un adualiste ;

c) l'*excitation sexuelle*, tant hétéro-sexuelle qu'auto-érotique, qui atteint son point de culmination dans l'*orgasme*, dont l'intensité abolit la conscience ;

d) et, enfin, le fait de *se mutiler* (auto-castration) et de *se détruire soi-même*.

Résumons les rapports réciproques de ces divers éléments : l'extase qui résulte de la liberté totale à satisfaire ses instincts est reliée au désir régressif qui tend à l'état d'inconscience éternelle, à renoncer à son individualité et à sa pensée autonome, au désir de se réunir à l'âme collective et avec la nature elle-même.

Le sacrifice de l'organe sexuel (qui rend capable d'amour adulte et actif), ainsi que la destruction définitive de la personne, sont les étapes régressives qui permettent d'atteindre l' « être-un » recherché.

(3) On comprend aisément que ce fussent justement les épileptiques (morbus sacer), vu leur tendance aux états crépusculaires et aux troubles de l'état de conscience, qui étaient prédisposés au rôle de chaman et de prophète. L'épilepsie est la psychose qu'on peut être sûr de trouver, même chez les plus primitifs.

(4) Union mystique est avant tout le fait d'être réuni à la collectivité (dieu), et encore dissolution de l'individualité par la régression à la vie intra-utérine. Les rêves où s'exprime ce désir s'accompagnent souvent d'une sensation diffuse que les patients décrivent comme « mystique ». Ainsi, un de mes malades rêvait souvent d'un chemin bordé de nombreuses statues, qui se trouvait *au bout du monde ;* un autre rêvait de marches d'un escalier et de la catastrophe qui se produit si l'on veut y grimper. Ils avaient alors une sensation « mystique ». Mystique, c'est ce qui est surnaturel, énigmatique, incompréhensible, qui n'est pas « de ce monde ». La vie intra-utérine est vraiment une vie qui n'est pas « de ce monde ».

Nous avons là un suicide, lié à des sensations de jouissance, et dont la « signification » est autre que le désir conscient de mourir. Dans ce cas-ci, l'acte est la conséquence de la « souffrance d'être soi », que nous postulons être la source d'où découle la réaction suicidale.

Les développements qui précèdent auront rendu plus acceptable l'idée singulière que le suicide puisse signifier « autre chose ». Nous voudrions à présent oser une spéculation hardie.

Les fêtes-mystères sont un reliquat et une réminiscence de cette institution, bien plus ancienne qu'était le festin totémique cannibale, au cours duquel le totem sacré et intouchable, ou son représentant humain, était mis à mort par les autres membres de sa tribu, et dévoré par eux (« introjection » réelle, orale).

Freud a fait remarquer l'ambivalence des sentiments de la tribu à l'égard du totem (ou de son représentant). Il convient à présent de se demander quels étaient les sentiments de celui qui faisait l'objet du sacrifice divin pendant qu'il attendait son supplice. Cette question, toute justifiée soit-elle, ne paraît « post festum » (*sic*) guère susceptible de réponse.

Et, cependant, on est en droit d'admettre que son instinct de conservation, en dépit de sa mentalité animiste, lui ait inspiré la frayeur-panique et l'horreur de la mort ; mais, d'autre part, il est bien probable aussi qu'il ressentait désir et impatience d'accomplir son rôle ; on peut donc admettre que ses sentiments étaient aussi ambivalents.

Ne jouissait-il pas de la plus haute adoration de sa tribu, du sens de toute-puissance en sa qualité de dieu ! Dans l'ivresse du rituel sanglant, où l'extase émoussait la conscience, son moi faible (d'individu biologique) se dissolvait aussi dans l'unité de l'âme collective. Il participait à l'état d'âme de la masse, et il vivait l'orgasme de la mise à mort et de la re-union. Il n'était pas seulement celui qui était tué ; il était aussi un de ceux qui tuaient (5). En plus de la frayeur de la mort, son sacrifice lui

(5) Si cette hypothèse, sans doute spéculative, devait sembler par trop fantaisiste, nous nous référerions aux divers procès intentés aux sorcières et aux hérétiques au cours de ces derniers siècles et... décades. Il n'était pas rare que l'accusé, entraîné par l'atmosphère excitée de la masse, s'identifie totalement avec elle et, dans un état proche à la scission de la personnalité, s'accusait lui-même, se chargeait de fautes imaginaires, et participait ainsi à sa propre accusation et à sa propre perte. Dans le but de rester partie de la collectivité sacrée et de « sauver son âme » (qui participait à l'âme collective immortelle), il sacrifiait son être biologique. (Cf. la description d'un procès politique moderne par R. Wright dans ses notes autobiographiques).

procurait aussi la jouissance de tuer et de devenir un avec la tribu (dont il représentait la solidarité) (6).

Nous pourrions même admettre que la destruction de soi ou le fait de se blesser soi-même (7) au cours des mystères ultérieurs étaient déterminés par le désir régressif de revenir aux conditions d'existence et à la manière de ressentir des temps anciens. De plus, le suicide dans l'extase du rite peut être considéré comme une identification simultanée, tant avec la tribu qui met à mort qu'avec la victime sacrifiée. Par là se réalise la re-union du moi avec l'âme collective. D'où il ressort que le moment de la dissolution de l'individu dans l'état crépusculaire de la conscience brouillée procurait aussi bien la souffrance maximale que la jouissance la plus intense. Plus d'un, pénétré de ce même souhait régressif (et suivant le même processus d'identification), pouvait en arriver à s'ôter la vie ; et ce même en dehors des mystères, de ce cadre qui y encourageait. Et probablement cela se produisit-il à l'occasion.

Cependant, nous ne voulons d'aucune manière donner trop de poids à la composante orgastique du suicide, et nous avons moins encore l'intention de présenter le suicide comme une action plus ou moins individuelle. Le facteur du *désespoir* ne saurait être absent d'aucun essai d'explication du suicide ; et les conditions *extra-individuelles*, qui ont amené l'individu à cette réaction (et

(6) L'attitude de Jésus vis-à-vis de sa mort est (comme celle de Socrate) l'attitude de l'homme moderne conscient de soi. Son lien avec les disciples est, d'une part (selon la Sainte-Cène), entièrement magique de par sa nature, mais son attente du supplice est celle de l'*individu*. Il accepte le pouvoir supra-individuel du sort et n'essaye pas de lui échapper, mais « *mon* âme est triste *jusqu'à la tombe* ». Sa mort n'est pas une métamorphose. Elle est mourir *et* ressusciter, et c'est l'ennemi (au moins selon la version des Evangiles), qui l'assassine et non pas *sa* propre collectivité.

(7) La mutilation qu'est la circoncision (= sacrifice d'une partie de l'organe sexuel) est chez certaines tribus le signe de l'acceptation de l'individu dans la collectivité (cérémonies d'initiation à la puberté) ; elle est aussi de nature magique. Le sacrifice d'une partie de l'individu renforce de manière magique le pouvoir de la collectivité (circoncision après la naissance).

L'individualisme, ainsi que l'érotisme individuel, affaiblissent la collectivité. Dans certaines tribus d'Esquimaux, à l'heure du *danger*, on s'adonne à la promiscuité. C'est le sorcier (= l'intermédiaire entre « ce monde » et l' « au-delà ») qui en donne le signal. Et les couples qui refusent de participer à cet érotisme collectif doivent quitter la tribu.

C'est encore le cas de l'opposition de la propagande totalitaire à l' « individualisme » des jeunes couples qui se consacrent à leur « amour privé » au lieu de mettre leurs forces et leurs intérêts au service de la collectivité (état, mouvement, etc.).

L'évolution se fait dans la direction que voici : commune (sexuelle), des « croyants » (des membres de la tribu participant au même sacre) — foi contre sexualité — ascèse de la collectivité asexuelle (confrérie du monas- « croyants » (des membres de la tribu participant au même sacré) — foi orthodoxe.

qui plus tard, phylogénétiquement, ont aussi pu être intériorisées constitutionnellement), devront être impliquées dans toute hypothèse s'y rapportant.

Ces conditions extra-individuelles, c'est-à-dire historico-évolutives typiques, qui ont pu déchaîner le désespoir total de l'individu, nous les voyons dans le cadre sociologique qui a amené avec lui la formation de l'individu, c'est-à-dire qui a créé des conditions telles que l'individu isolé était forcé d'exister comme moi indépendant, pensant, en dehors de l'unité harmonieuse de la collectivité, et bien souvent en opposition avec elle, et où il se sentait encore bien trop faible pour fonctionner en tant que moi indépendant.

En fait, nous croyons que ce cadre sociologique correspond à la période de la différenciation définitive à l'intérieur de la communauté de la tribu primitive (Ur-Kommune), et à sa décadence.

IV. — Le tourment de l'être-soi
Opposition et unité du « soi » et d' « autrui »
Le cadre sociologique de la formation et de la destruction du moi

Le poète, exprimant l'esprit de notre temps, énonce sous forme d'hymne l'axiome de l'individu :

> « Le bonheur le plus grand de l'être humain,
> C'est bien la personnalité. » (Gœthe) (8).

Mais ce bonheur suprême fut un jour le pire tourment, et c'est ce qu'il menace d'être aujourd'hui encore, dans le processus de la structuration de la personnalité.

C'est ce qu'expose avec une intensité dramatique le « Journal d'une schizophrène », dont les descriptions furent interprétées par les analyses minutieuses de M. Sechehaye.

On y trouve, très finement reproduites, tant la confusion dans la perception et dans le fait d'éprouver ce qui appartient au moi en le distinguant de ce qui appartient au monde extérieur, que la fuite devant le devenir-moi autonome prématuré, au cours du processus de reconstruction du moi désintégré.

> « Je disais : " Moi, c'est moi, et lui, c'est lui, il n'y a pas de rapport entre nous ", et pourtant il y avait une confu-

(8) J. W. Gœthe. — *Groesstes Glueck der Erdenkinder. Ist doch die Persoenlichkeit* (Westoestlicher Divan).

sion complète entre lui et moi. Il avait les mêmes chagrins que moi, et surtout il voulait me faire du mal, me détruire, et je le craignais beaucoup sans lui en vouloir. Car je voyais bien que ce n'était pas de sa faute. »

Chaque « menace » prématurée de se trouver chargée du rôle de personnalité indépendante et séparée de la « maman » est suivie de la défaillance de la perception du réel et par des *impulsions suicidales effrénées* (= retour à et re-union avec la « maman »). Même au cours de la période où elle est en progrès, Renée n'est pas encore prête à être un moi — à se penser en tant que personnalité — et parle d'elle-même à la troisième personne :

« Est-ce à dire que Renée est maintenant consciente de posséder un moi semblable à celui de sa mère, par conséquent à celui d'autrui ? Pas encore, car bien qu'elle ne se confonde plus entièrement avec la mère aimée, ce qui équivaut à une certaine dissociation d'elle, Renée se parle à la troisième personne et se traite comme un " personnage ". Elle déclare avant et pendant son repas : " Renée boit son lait, c'est maman qui le donne à Renée ", comme si elle parlait d'une autre personne. » (9).

Ce n'est que lorsqu'elle est sûre d'être aimée de sa mère et de rester en rapport avec elle (modèle du sentiment ultérieur d'appartenance sociale), qu'elle peut devenir un moi indépendant et *conscient de soi*. Ce n'est qu'alors qu'elle peut atteindre ce niveau auquel l'individu réagit par l'anxiété la plus intense à la destruction du moi autonome, ou à la simple conscience de cette éventualité.

Ce qui précède nous confirme davantage encore notre supposition que l'être humain a d'abord mis fin à ses jours à un moment où l'obligation d'être un moi autonome (c'est-à-dire dénué des liens intimes avec son milieu, ou en opposition avec lui) lui apparaissait *encore* comme une tâche impossible.

Comme nous l'avons indiqué, cette période, où l'être humain est devenu un individu agissant et pensant indépendamment, correspond historiquement à la décadence de l'ordre communautaire antique et à la formation de la société de classes différenciées.

(9) M. Sechehaye. — *Journal d'une schizophrène.*

Dans notre étude « Le processus de transformation de la pensée prélogique en pensée logique » (10), ainsi que lors de conférences ultérieures, nous avons fait ressortir le rôle décisif du déclin de la société collectiviste antique en tant qu' « imago sociologique » par rapport à la restructuration des formes de pensée, de la formation de la personnalité, et de la perception.

C'est ainsi que nous admettions que la différenciation interne aiguë à l'intérieur de la collectivité antique avait mené à sa dissolution et à la formation de la société de classes ; que cette différenciation avait eu une influence directe sur l'attitude par rapport à la contradiction dans le jugement, et sur le début de l'opération de la classification systématique.

De plus, nous supposions, contrairement à la théorie de l'ambivalence de Freud et de Stekel, que l'origine du doute se trouve dans le sentiment de dépersonnalisation, qu'il est une expression de l'incertitude par rapport au « je suis moi ». Et cet axiome a pris naissance en même temps que s'est faite la différenciation du moi collectif (le non-moi, autrui), qui est à nouveau parallèle à la décadence de la tribu.

Précisons encore en termes concrets : lorsque l'homme, avec son moi individuel encore peu développé, au moment de la décadence de la collectivité antique peu différenciée, eut le sentiment qu'il était par trop insupportable de vivre en tant qu'être distinct et conscient, obligé de penser pour lui-même, de travailler indépendamment, et de régler ses rapports objectifs, parfois même à l'encontre de son milieu, c'est alors qu'il commença à se réfugier dans le suicide.

Il représentait peut-être en partie la manière dépressive et passive de se laisser mourir de l'individu, dont l'instinct de conservation est trop faible pour trouver l'énergie nécessaire au combat ; et probablement se produisit-il en partie dans le cadre et dans l'extase de ces fêtes qui devaient rappeler l'ancienne solidarité de la tribu, symboliser l'être-un de tous ; ou seul parfois, par imitation de cet événement.

Le fait de se tuer soi-même en s'identifiant au sort du symbole (représentant) totémique, qui était déchiré (et incorporé) par la tribu, pourrait bien être la forme sauvage et active de destruction de soi susceptible d'être réalisée en pratique dans ces temps où l'on disposait de bien peu de possibilités « *techniques* ».

Du suicide dans l'ivresse du culte, au cours duquel disparais-

(10) Tamarin. — *Proces pretvaranja predlogickog misljenja u logicko.*

sent la conscience, ainsi que le sentiment du moi, la voie mène à la décision consciente d'annihiler sa personne lorsque l'existence dans la collectivité, ou à l'encontre d'elle, paraît par trop sans issue, c'est-à-dire quand l'individu se trouve dans une situation psycho-sociale insoluble.

Nous voudrions ici relever la possibilité d'une continuité intéressante. L'individu biologique se sauve lui-même à l'aide du réflexe de l'*autotomie*, où il se libère en se débarrassant de l'organe douloureux ou menacé (et par là dangereux). Il n'est pas exclu que, d'après le même modèle réflexe, l'individu cherche à se libérer de l' « organe douloureux » qu'est son moi. Cependant, cet « organe » étant identique avec l'individu, ou comme il en est le noyau, cette « libération » (lorsqu'elle est plus qu'un processus de projection) équivaut en même temps à sa destruction.

Ce serait là un cas où, lorsque les circonstances sont autres, la manière conservatrice d'opérer de l'instinct produit des conséquences nuisibles, — chose qui nous paraît plus acceptable que d'imaginer un instinct de mort primaire.

L'incapacité d'exister en tant que moi individuel pouvait, au cours des époques données, amener avec soi le suicide en tant que réaction *sociale typique*. C'est ce qui confirme encore, nous semble-t-il, que le suicide fut (absurdement) condamné par les autorités sociales et religieuses. Or, ce type d'interdiction ne vise jamais des actions individuelles fortuites, mais bien les actes typiques qui mettent l'ordre (nouveau) en danger.

Et n'est-ce pas une ironie du sort que même l'individu le plus faible puisse se « libérer » par le suicide, non seulement de la contrainte du sort biologique, mais encore de l'assujettissement à son sort social.

Il est indubitable que le suicide suit de près les transformations structurelles socio-économiques auxquelles l'individu ne parvient pas à s'adapter. C'est ce qu'indiquent clairement les épidémies de suicides en tant que phénomène typique, lors de cataclysmes sociaux (telles, par exemple, la chute de l'Empire romain ou les années de reflux après l'Octobre russe).

V. — Le schéma socio-psychologique. Etre et ne pas être et sa réflexion dans le processus de pensée

Nous sommes bien conscient de la nature spéculative des idées ci-dessus exposées. Cependant, ce type de réflexion ne devient dangereux que dans la mesure où elle est en contradiction avec

les faits, ou qu'elle tente de leur imposer ses hypothèses. Pour autant que ceci n'est pas le cas, l'hypothèse spéculative est justifiée, tout au moins en tant que schéma anticipateur qui cherche à expliquer des rapports inexplorés.

Nous voudrions encore avancer les points suivants à l'appui de nos suppositions :

a) Notre essai d'explication réussit à échapper tant au Scylla de « l'anthropomorphisme culturel » (qui considérerait les réactions de l'homme ancien comme identiques aux nôtres), qu'au Charybde, qui verrait en lui un être zoologique, fondamentalement différent de l'être civilisé. La considération dialectique de la question de la continuité et de la discontinuité des phénomènes et de leur signification ne permet d'interpréter le développement et les modifications ni comme une continuité entièrement mécanique, ni comme des sauts que rien n'aurait préparés.

b) Il est des tribus où, à en croire les rapports des anthropologues, le suicide n'existe pas, et où la possibilité même d'un acte pareil ne peut être assimilée par leur esprit. Ce fait n'est-il pas à l'appui de l'assertion que le suicide ne saurait être supposé avoir existé « depuis toujours » ? Il nous semble exclu que, s'il s'est produit des suicides au cours des étapes de développement antérieures de la tribu, cette expérience ait de quelque manière pu être oubliée ou « refoulée ».

c) Mentionnons comme cas parallèle ontogénétique : nous ne connaissons aucun cas de suicide au cours de la première enfance (de la période prégénitale). Les cas de mutilation de soi qui se produisent au cours de cette période, en tant que retournement (contre sa personne) des impulsions agressives, sont une décharge de la tension qui résulte de l'impossibilité de la réalisation de ces tendances agressives.

Il est très difficile de prouver que, come le prétend Sadger, il est des cas où le nourrisson se « tue » en refusant la nourriture, et il est tout aussi difficile de réfuter cette éventualité.

Mais, même à supposer que de tels cas se produisent, leur existence ne contredirait nullement notre hypothèse concernant la possibilité de la continuité biologique de la manière passive de se laisser mourir. D'un autre côté, il se produit des cas de suicide pendant la période de latence. Celle-ci, pour ce qui est de l'organisation intellectuelle, correspond à la période à laquelle le mode de pensée magico-animiste est dépassé, où l' « obligation » de la discipline de pensée, qui ne souffre pas les contradictions (sur le plan social aussi), est acceptée. Et, pour ce qui

est de la puberté, il est bien connu qu'elle est la période critique des tentatives de suicide. Et personne ne doute que la puberté, aussi du point de vue socio-cérémoniel, est l'époque où l'enfant devient une individualité indépendante, d'un point de vue psychologique, social et sexuel. C'est alors qu'il quitte la collectivité familiale pour commencer son existence d'individu « indépendant » et conscient dans (et aussi contre) la société.

Pour finir, nous voudrions esquisser le schéma socio-psychologique suivant :

I) *La période la plus ancienne. Le « moi biologique » de l'homme ancien.* — Là, l'être humain n'est encore qu'une individualité biologique dont « l'état de conscience » ne saurait constituer encore une interprétation de son moi. On peut supposer qu'existait, comme noyau du moi futur, un vague sentiment de soi relié à son schéma corporel et qu'entretenait son instinct de conservation. L'homme primitif vivait encore en groupements labiles, à la faveur d'assemblées et de combats — parmi les participants desquels ne régnait qu'un faible sentiment d'appartenance.

Son agressivité est dirigée vers le dehors et même contre les membres de son groupe. A ce stade, il n'existe *pas encore de suicide,* en dehors, peut-être, du fait de se laisser mourir passivement lorsque s'éteint l'instinct de conservation.

La pensée n'est encore guère différenciée des penchants instinctuels ; ce sont des idées « éïdétiques » des plus primitives que ne lie encore aucun système interprétatif. Il y a aperception empirique de la mort (du « non-être ») et, comme chez les animaux, une peur de la mort non modifiée, comme réaction à cela.

II) *Période de la collectivité primitive et de « l'âme de la tribu ».* — Le primitif de la *communauté de travail* communale ancienne est caractérisé par la contradiction fondamentale entre son individualité biologique et l'individualité (participation) avec l'âme du groupe, avec laquelle son moi diffus (variable) est en liaison intime. Son moi est encore un « système ouvert » — selon le modèle biologique de von Bertalanffy. Les limites sont encore très floues et changeantes entre le moi et autrui, comme aussi entre le conscient (perçu, l'état de veille) et l'inconscient (halluciné, objet de fantasmes).

Ses rapports avec ses compagnons de tribu sont très serrés. Il leur est rattaché et uni par la force de cohésion de la parenté totémique.

La pensée est magico-animiste, dominée par les affects, irra-

tionnelle, marquée d'interprétations projectives. Les contradictions sont unifiées (coexistent) de manière adualiste.

L'agressivité est tournée vers le dehors, contre l'étranger surtout (c'est-à-dire qui n'appartient pas à la collectivité), à l'égard duquel le cannibalisme le plus débridé est permis.

L'attitude envers la mort, en plus de la peur biologique de la mort, se complique de croyances animistes. La mort ne constitue pas une destruction définitive. De sorte que le système magique-animiste est en même temps une défense contre la « réalisation (compréhension) empirique » de la mort.

A l'âge d'or de la communauté primitive, qui ignore encore les contradictions internes, il n'y a pas encore de suicide, excepté peut-être dans l'ivresse de la dissolution totale du moi dans le moi de groupe. Mais une telle identification avec les représentations totémiques n'est pas un phénomène social-typique.

Au cours de la phase suivante, il y a progrès constant aussi bien de la différenciation au sein de la collectivité que dans le cadre de l'union moi-âme collective. Il y a édification du stade intermédiaire magico-symbolique de l'alter-égo, qui appartient en même temps au moi et au non-moi. Les contradictions au sein de la tribu s'accusent, ainsi que, simultanément, la réalisation du moi en tant que non-autrui, du moi comme individu indépendant et particulier.

Il y a décadence de la communauté différenciée, et stratification, en même temps que le moi se détache de l'âme collective. C'est à cette époque, de dépérissement de la collectivité primitive, où le moi faible est encore presque incapable de fonctionner comme individualité, c'est là que nous croyons pouvoir situer le début du suicide en tant que réaction sociale-typique.

III-IV) *L'homme civilisé et conscient dans la société de classes. L'individu de l'avenir.* — Les conditions de vie de l'homme civilisé, membre de la société de classes, dont le moi est un système autonome « fermé » (avec le conscient et l'inconscient et le surmoi social introjecté), sa manière de ressentir et son attitude à l'endroit de l'être-moi, de l'agressivité, de la mort, du suicide, et ses rapports sociaux, toutes ces questions posent les problèmes bien connus, et qui n'appartiennent pas au cadre du problème que nous avons posé ici.

Nous nous contenterons de révéler que l'individu conscient de soi fait usage pour toutes ces questions de son existence, non seulement de ses réactions instinctuelles biologiques, et en faisant usage de la pensée magique, mais encore qu'il formule

consciemment les questions métaphysiques de l'être et du non-être, les problèmes psychologiques du moi et des rapports sociologiques inter-individuels.

Il n'en demeure pas moins que sa pensée reste pénétrée de la forme existentielle de ses jugements (dont Peano a le premier souligné la diversité sémantique d'interprétations possibles), et qu'elle est même falsifiée par l' « individualité » *isolée* en tant qu'*unité de pensée* (atomisme associatif). Le développement actuel fait apparaître l'esquisse d'une nouvelle structuration psycho-sociale : elle se ferait dans le sens d'un être humain dont la conscience se ressent comme partie de sa société, dont la pensée est fonctionnelle-relativiste, et qui est conscient des déterminants complexes de son individualité.

*
**

La direction dans laquelle se développe (malgré tout) la société est celle d'une société cosmopolite libre de contradictions sociales. Elle ne saurait manquer, en tant qu' « imago sociologique », d'imprimer sa marque sur la constitution bio-psychologique de l'individu aussi. Cette société de demain, dont les conflits internes auront été résolus, deviendra-t-elle alors une humanité *sans suicide ?*

Nous avons prétendu plus haut que la possibilité de se suicider indique une nouvelle étape de développement dans l'organisation psycho-sociale de l'homme (étant son « differentia specifica »). Or, nous sommes aujourd'hui témoins qu'a été atteinte une étape de développement encore supérieure (?) : la possibilité de *suicide collectif*. L'*Homo sapiens* est aujourd'hui capable de détruire son espèce entière, en même temps que la planète sur laquelle il vit. Plus que cela, comme le disait Einstein, le grand protagoniste de cette époque (du suicide atomique) : il doit s'approprier une nouvelle façon de penser s'il veut survivre.

LE SYNDROME DE KORSAKOW POST-TRAUMATIQUE

par

P. MOUREN et J. FELICIAN (Marseille)

Situé aux confins de la neurologie et de la psychiatrie, le syndrome de Korsakow a toujours été l'objet d'un vif intérêt. En effet, la multiplicité de ses étiologies, parmi lesquelles la maladie éthylique tient une large place, est déjà un caractère remarquable. Mais surtout il offre à l'observateur un ensemble clinique bien particulier. Ce malade qui raconte des histoires étonnantes, qui se joue des cadres du temps, qui se meut avec aisance dans l'illogisme, n'est pas en fait un dément et peut s'adapter à toutes les situations. Il y a dans cette juxtaposition de signes psychiques graves et de réactions normales quelque chose d'insolite bien propre à susciter la curiosité.

Les traumatismes crâniens peuvent réaliser un tel syndrome. Ayant eu la possibilité d'en recueillir deux observations, nous avons pensé intéressant de reprendre l'étude de ce problème en utilisant notamment les données nouvelles de l'électroencéphalographie. Le traumatisme réalise des lésions brutales, plus localisées qu'une maladie. Il survient souvent sur un cerveau antérieurement indemne. Sa connaissance anatomo-clinique est peut-être susceptible de permettre une meilleure compréhension des syndromes de Korsakow.

Introduction

A) Définition.

Le syndrome de Korsakow post-traumatique est caractérisé par la survenue au décours d'un traumatisme crânien grave de trois ordres de signes : une amnésie antérograde dite de fixation, de la fabulation, des fausses reconnaissances évoluant le plus souvent vers la guérison.

Cette définition clinique est celle qui a été donnée par Korsakow lorsqu'il a isolé ce syndrome. Nous la conserverons. Elle appelle cependant plusieurs remarques, cliniques, étiologiques et nosologiques.

1) Sur le plan clinique, ces trois symptômes sont les seuls constants et se retrouvent toujours à des degrés divers dans les différentes observations. Leur groupement est donc légitime. On rencontre également une certaine tonalité euphorique, de la désorientation dans le temps et dans l'espace, mais avec une moindre fréquence. En outre, les différentes étiologies peuvent imprimer chacune une coloration particulière à ce tableau fondamental.

2) D'abord décrit par Korsakow dans la polynévrite éthylique, celui-ci le découvre bientôt au cours de nombreuses autres étiologies polynévritiques. Ce n'est que plus tard que furent isolés les syndromes de Korsakow sans polynévrite et parmi eux le syndrome de Korsakow post-traumatique que des modalités cliniques et évolutives séparent des autres formes.

3) On doit différencier le syndrome de Korsakow défini par l'existence des seuls troubles psychiques de la psychose polynévritique de Korsakow à laquelle s'ajoute une polynévrite. Enfin, le syndrome de Korsakow post-traumatique, déjà bien limité par son étiologie et son évolution, s'inscrit dans deux cadres nosologiques avec lesquels nous verrons ses rapports : les syndromes confusionnels, la maladie traumatique.

B) Historique.

L'histoire du syndrome de Korsakow est jalonnée par trois étapes :

1° *Etape de connaissance clinique.* — Elle comporte :

a) Isolement clinique de la psychose polynévritique. La thèse de Korsakow, en 1887, en marque le début, bientôt suivie par de nombreux travaux de cet auteur, si bien que Jolly, en 1897, au Congrès de Moscou, propose de donner son nom à ce syndrome.

b) Isolement clinique du syndrome de Korsakow. Les élèves de Korsakow, parmi lesquels on doit citer Serbsky, Doubrovine, suivis par Gudden, Schultzl, publient les premiers cas de syndrome de Korsakow sans polynévrite.

c) Isolement clinique du syndrome de Korsakow post-traumatique. Kalberlah, en 1904, est le premier à en donner la descrip-

tion. Mais c'est Benon surtout, en 1913, puis son élève Le Huche qui le caractérisent avec exactitude.

Les travaux évoluent alors dans deux directions : une analyse complète est donnée par Ey dans son étude n° 24.

2° *Etape de connaissance psychopathologique.* — Marquée par les noms de Grégor, Pick, van der Horst, Muller-Suur, etc... Ces auteurs ont essayé de rattacher ce complexe symptomatique à un trouble fondamental, préparant ainsi le terrain à l'étude du mécanisme physiopathologique. Ils ont réalisé une description plus fine et plus objective des différents syndromes de Korsakow, nuancé le tableau du syndrome de Korsakow post-traumatique.

3° *Etape de connaissance physiopathogénique.* — Appuyée sur les données de la clinique, de la psychopathologie, des examens complémentaires (électroencéphalographie et parfois anatomopathologie). C'est un essai pour préciser le mécanisme du syndrome, la localisation des lésions. La théorie corticale (Marcus, Cormichaël) a été supplantée par la théorie méso-diencéphalique (Gamper, Grunthal).

Nous verrons ce que l'étiologie traumatique peut ajouter à l'interprétation du syndrome.

C) Cadre nosologique.

Le syndrome de Korsakow post-traumatique est étroitement lié par sa séméiologie aux syndromes confusionnels, par son étiologie à la maladie traumatique.

1° *Le syndrome de Korsakow dans le cadre des syndromes confusionnels*

Le syndrome confusionnel est caractérisé par l'obnubilation de la conscience, le désordre de la pensée, la désorientation et le délire onirique (Ey).

Les rapports des deux syndromes sont de trois ordres :

Etiologique d'abord : Une communauté d'étiologie les rapproche.

De multiples causes toxi-infectieuses, tumorales et plus particulièrement traumatiques peuvent être à l'origine de l'un et de l'autre.

Ils s'opposent toutefois par leur fréquence : fréquence du syndrome confusionnel post-traumatique, rareté du syndrome de Korsakow post-traumatique.

Clinique ensuite : Du point de vue séméiologique, ils présentent des signes communs.

La désorientation temporo-spatiale est très marquée dans le syndrome confusionnel où se réalise une véritable fusion des ordres de l'espace et du temps. Dans le Korsakow, la désorientation dans le temps existe seule en général.

Les troubles de la mémoire atteignent un degré profond et global dans le syndrome confusionnel, portant aussi bien sur la mémoire d'évocation que sur celle de fixation, sur les faits récents que sur les faits anciens. Ils sont plus électifs dans le syndrome de Korsakow. Les fausses reconnaissances sont communes aux deux syndromes.

Enfin, si l'on considère avec Delay la fabulation non pas comme un récit mais comme un délire, on doit à ce titre la rapprocher du délire onirique et en particulier la fabulation fantastique, spontanée. Sa structure composée d'éléments jusqu'alors enfouis dans le passé vécu de désirs évoque bien certains caractères de l'onirisme.

Ainsi, séméiologiquement, l'analyse est étroite et seul l'ensemble symptomatique du Korsakow lui donne sa physionomie originale au sein du syndrome confusionnel.

Du point de vue évolutif, le rapprochement est encore plus évident, comme en témoigne le passage habituel d'une forme à l'autre, de la confusion au Korsakow, l'émergence du syndrome de Korsakow au milieu même du tableau confusionnel, l'existence de formes intriquées.

Enfin, *l'anatomopathologie* montre leur parenté, la gradation des lésions se superposant à la gradation des signes : importantes lésions méso-diencéphaliques dans le syndrome confusionnel, lésions plus discrètes, plus électives dans le Korsakow.

2° *Le syndrome de Korsakow dans le cadre de la maladie traumatique*

Ajuriaguerra a bien situé la date d'apparition du syndrome de Korsakow dans l'évolution en trois phases de la maladie traumatique. Il distingue :

les troubles aigus de la période initiale centrés avant tout sur l'état de conscience du blessé ;

les troubles psychiques aigus et subaigus centrés sur l'état confusionnel, période où peut se révéler le Korsakow ;

les troubles secondaires, en général déficitaires, épilepsie et névrose post-traumatique.

Ainsi rassemblés par leur étiologie commune, les signes de la

maladie traumatique et du Korsakow se mêlent encore dans leur traduction clinique.

Interférences cliniques. — Comme nous l'avons vu plus haut, le passage de l'état confusionnel au Korsakow est mal limité et la confusion post-traumatique peut noyer un tableau typique du Korsakow. Elle centre en effet la sortie du coma et les éléments korsakowiens sont relégués au second plan. Mais le syndrome se dessine bientôt, alors que réapparaissent la conscience et les fonctions végétatives.

Inversement, Schroeder et Pfeiffer estiment que certains éléments korsakowiens sont rarement absents dans les confusions aiguës traumatiques. Il s'agit là, en fait, d'une conception extensive du syndrome.

Enfin, au Korsakow, peuvent s'ajouter des éléments déficitaires post-traumatiques marqués (syndromes aphasiques, apraxiques, agnosiques), ou plus discrets (signes subjectifs des traumatisés crâniens).

Concordances pathogéniques. — Il est logique d'invoquer des mécanismes de production similaires. Des arguments militent en faveur de cette hypothèse.

On connaît la prédominance et la fréquence des lésions au niveau de la charnière hypothalamo-pédonculaire, de la partie haute du tronc cérébral dont le rôle est primordial sur les fonctions végétatives et de conscience dans les traumatismes fermés. De plus, Puech et Mallet ont montré par leurs constatations cliniques et anatomiques que les troubles psychiques dans les suites des traumatismes cérébraux relevaient avec une grande fréquence de l'atteinte méso-diencéphalique. Enfin, on rappellera que le syndrome de Korsakow survient après des traumatismes graves, suivis de perte de conscience plus ou moins longue.

Nos observations

1° Syndrome de Korsakow post-commotionnel avec dysrythmies méso-diencéphaliques initiales (observation publiée avec MM. J. Alliez et Y. Carcassonne).

Cette observation montre le développement d'un syndrome de Korsakow après un état commotionnel grave, l'électroencéphalogramme mettant en évidence des altérations considérables de l'électrogénèse cérébrale d'origine mésocéphalique.

Mme J. L..., âgée de 21 ans, entre à la Clinique neurologique le 18 janvier 1952, adressée par le service de chirurgie du Dr Gamel.

Elle a eu le 20 novembre 1951 un très grave accident de moto ayant provoqué la mort de son mari, moins de six semaines après son mariage. Elle a été transportée dans le coma à l'hôpital de la Conception où on traite une fracture de cuisse pluri-segmentaire. La perte de conscience persiste pendant douze jours et elle est admise dans le service du professeur Paillas

A son entrée à la Conception on notait : état de choc très important avec abolition de la déglutition et stertor, température à 39°9, pouls à 94, mydriase droite, ébauche de paralysie faciale droite, peut-être hémiparésie droite, Babinski bilatéral.

Le lendemain, amélioration nette de l'état général, température à 36°4, pouls à 88, plus de stertor, somnolence plus que coma, paralysie du VII D. nette, myosis. Les sollicitations cutanées amènent une rigidité en pronation et en extension de type décérébré. Au fond d'œil, œdème papillaire plus net à droite.

Le 27 novembre, elle recommence à parler, émet des syllabes incompréhensibles. Plus de signe de Babinski ; agitation motrice modérée. Le 15 décembre, on procède à l'enclouage du fémur.

Le 18 janvier 1952, admission à la Clinique neurologique pour des troubles d'apparition récente : désorientation et amnésie, ignore l'accident, la mort de son mari, son mariage récent. Se dit « Mademoiselle » et compte être bientôt mariée (donc amnésie lacunaire et rétro-active), logorrhée calme avec débit incessant de souvenirs professionnels et infantiles. Elle rappelle tous les détails de sa vie antérieure, mais si elle est entrée à l'hôpital, c'est pour une douleur du flanc droit, la fracture est ignorée. Son élocution est parfois troublée, elle fait de nombreuses erreurs de prononciation : salvor pour Salvator, frigeste pour frigidaire, mais pas de signes aphasiques nets ; lecture, écriture, calcul, sont normaux.

Elle est distraite, opposante, irritable, mais bientôt manifestations de puérilisme avec attitudes minaudières, jeux d'enfant, activités ludiques. L'examen neurologique est négatif.

Elle passe peu de jours dans le service ; l'amnésie lacunaire persiste (l'événement traumatisant reste banni du souvenir, elle attend son fiancé chaque jour). Grossesse de trois mois.

Elle fabule, mélangeant des souvenirs à des néologismes paraissant jargonophasiques mais peut-être plus en relation avec une activité ludique, car il n'y a pas d'aphasie, d'alexie ou d'agraphie.

Divers électro-encéphalogrammes (professeur Gastaut) sont pratiqués durant cette période. Le lendemain de l'accident : activité de fond, rapide et peu ample, comptant cependant des éléments normaux à 10 c./s., sur laquelle se détachent des bouffées d'ondes lentes irrégulières, de grande amplitude. Le tracé rappelle un peu ceux observés dans le sommeil pathologique, la narcolepsie.

Une semaine après, les tracés sont modifiés : dysrythmie lente delta diffuse sur les deux hémisphères sans aucune persistance d'éléments

physiologiques. On a l'impression d'une altération sous-corticale mésodiencéphalique progressivement accrue.

Le 23 janvier 1952, elle est extrêmement logorrhéique : c'est un débit incessant, sorte de monologue à voix peu élevée où s'entremêlent les souvenirs d'enfance et de métier. Elle dit être fiancée depuis onze mois. Elle continue à fabuler : la blessure du fémur provient d'un accident remontant à l'enfance, son fiancé est venu la voir il y a deux jours. La date est ignorée, de même le nom de l'hôpital, la personnalité des médecins et des infirmières. Elle reconnaît cependant son père et le directeur de l'entreprise où elle travaille.

Elle sort alors du service, tout en continuant à être suivie par nous.

Elle est examinée à nouveau le 2 février 1952. On note toujours l'amnésie lacunaire sur le trauma et le mariage. Elle fabule. Son fiancé est à Fréjus où il répare une installation frigorifique et lui envoie régulièrement de ses nouvelles. Désorientée dans le temps et dans l'espace. Logorrhée monotone et puérile. Son comportement est calme mais elle refuse tout soin, tout examen médical, est hostile. Elle s'occupe de la layette de son enfant. Par ailleurs, conflit familial la maintenant isolée au seul contact de son père.

En juin 1952, elle accouche normalement. Le fond mental est identique, la fabulation de thème pauvre.

En juillet 1952, on constate un rétrécissement de l'amnésie lacunaire, paraissant dû à un choc émotionnel causé par la visite de son beau-père. Elle admet la mort de son mari. Puis, les souvenirs réapparaissent : le mariage, puis l'accident. Lacune totale correspondant au coma traumatique. Plus de fabulation ni de confusion. Elle est très dépendante, très influençable, et tient des raisonnements puérils. L'examen neurologique est négatif, toutefois on note une perte de l'odorat et du goût, quelques éléments du syndrome subjectif des traumatisés craniens : céphalées, vertiges.

En mai 1953, l'état est stationnaire, tendant cependant à l'amélioration. A l'électro-encéphalogramme, aucun signe de lésion cérébrale focalisée hémisphérique mais hyperexcitabilité corticale très importante, traduisant sans doute un trouble de la régulation de l'électrogénèse cérébrale à partir d'une altération ou dysfonctionnement des structures de la base.

La malade est ensuite suivie irrégulièrement de 1953 à 1958. En 1957, elle est revue et on assiste à une modification de son comportement. Elle a eu en effet, en 1954, un deuxième enfant, dont elle n'a pas voulu préciser la paternité. A la suite de conflits familiaux, elle doit être mise en observation dans une maison de santé. Elle se montre très influençable et très suggestible, prétend que son père est le père réel du deuxième enfant. Elle se plaint avec beaucoup de véhémence de son milieu familial qui l'exploiterait et la menacerait.

Quelques mois après, elle change complètement ses doléances, disant qu'elle n'a accusé son père que sous l'instigation de ses beaux-parents

et de ses anciens patrons. Elle affirme ses nouveaux dires avec autant de conviction que les précédents. Une procédure est engagée pour lui enlever la garde de ses enfants. Elle n'a pas porté plainte personnellement mais un procès est engagé entre sa famille et ses beaux-parents. Elle expose tous ses faits avec détachement, une certaine euphorie, dit être capable de gérer parfaitement son ménage alors qu'en fait elle ne peut effectuer de travaux suivis et manque totalement de persévérance dans ses projets.

2° Syndrome de Korsakow apparu dans les suites d'un traumatisme crânien ayant produit un hématome sous-dural et un hémiballisme.

Nous remercions vivement M. le Professeur Paillas de nous avoir communiqué la très curieuse observation suivante.

M. F. M...., docker, âgé de 58 ans, est hospitalisé en mai 1957 à la Clinique neuro-chirurgicale. Ce malade est d'origine espagnole mais il est venu très jeune en France, d'abord à Oran, où sa famille avait émigré alors qu'il avait 6 ans, puis il s'est fixé à Marseille à l'âge de 22 ans. Il avait, pendant plusieurs années, fait le métier de livreur, ce qui implique une connaissance approfondie de la ville, avant de travailler sur les quais. Il parlait couramment le français mais conversait en espagnol avec sa famille. Il a eu quatre enfants, dont deux garçons qui sont décédés. Sa fille Antoinette, 25 ans, vit avec lui. Sa fille Joséphine a 26 ans : toutes deux sont en bonne santé. Dans les antécédents, on note un léger éthylisme (un litre de vin par jour, quelques apéritifs de temps à autre) ; pas d'hypertension ; trauma de l'épaule gauche il y a deux ans ; une maladie de Dupuytren aux deux mains. Il est droitier. Bon caractère, aimant les enfants, s'entendant bien avec sa femme.

Le 28 avril 1957, il fait une chute sur la tête pendant son travail et perd connaissance pendant cinq minutes. Au cours de la journée, surviennent deux autres pertes de connaissance de deux à trois minutes chacune. Le lendemain, il reprend son travail et le continue pendant une semaine. Des céphalées apparaissent alors, de plus en plus violentes et l'obligeant à s'arrêter définitivement. Sa famille remarque qu'il tient des propos assez confus.

Le 15 mai 1957, alors qu'il fait la sieste, il se plaint de violentes céphalées. A l'heure du repas, sa femme lui demande de se lever et de venir à table. « Pourquoi me lèverais-je ? Je vais graisser ma mandoline. » Pendant la nuit qui suit, il perd ses urines, ses matières, une hémiplégie gauche s'installe.

Il est admis d'urgence dans le service du professeur Paillas. A l'entrée, coma profond, hémiplégie gauche flasque, mydriase gauche, cutané plantaire indifférent à gauche, apyrexie, troubles sphinctériens.

Electro-encéphalogramme (professeur Gastaut) : tracés asymétriques tels qu'il n'existe pas de rythmes physiologiques à gauche et une dysrythmie thêta à droite. La stimulation lumineuse intermittente est sans effet. Pas d'anomalies delta ou irritatives focalisées.

Devant ce tableau, un trou explorateur temporal gauche est pratiqué : il conduit sur un hématome occupant la totalité de la convexité. Le cerveau est à 3 ou 4 cm. de la paroi, la poche de l'hématome est très friable. C'est un hématome récent. On procède à son évacuation.

Les suites opératoires sont bonnes et le malade sort progressivement de son coma en quatre à cinq jours. Mais alors que l'hémiplégie gauche a en grande partie régressé, l'hémicorps droit est le siège d'un hémiballisme intense nécessitant une contention provisoire. Les réflexes tendineux sont normaux à gauche mais ne peuvent être mis en évidence à droite. Silence plantaire à gauche. Pas de troubles de la sensibilité, pas d'hypotonie.

Il obéit aux ordres simples, dit son nom mais ignore son âge et le lieu où il se trouve : « Je pense être dans un hôpital, je suis ici pour rien. Ce que j'ai sur la tête ne sert à rien. »

Le 22 mai, l'artériographie de contrôle ne montre aucune modification vasculaire des deux côtés. Electro-encéphalogramme : persistance d'une très faible amplitude des rythmes qui appartiennent pendant le sommeil à la bande thêta. Quelques activités alpha pendant l'éveil. Toutes ces activités sont toujours plus amples à droite. La stimulation lumineuse intermittente provoque un entraînement plus important à droite. En conclusion : persistance d'une asymétrie aux dépens de l'hémisphère gauche et d'un trouble global de l'électrogénèse. Tension artérielle : 14-8. Bordet-Wassermann : négatif. Ponction lombaire : cytologie, 0,4 éléments ; albumine, 0,44. Benjoin : normal.

Le 3 juin 1957, les mouvements anormaux ont régressé d'une manière assez sensible. Le malade est logorrhéique avec désorientation temporo-spatiale très marquée. Il part en maison de repos.

En novembre 1957, il revient pour des douleurs de l'épaule gauche. Les radios montrent des lésions de périarthrite scapulo-humérale et de cervicarthrose avec pincement C4-C5. Mais les troubles psychiques attirent alors l'attention par leur persistance. Le malade est toujours logorrhéique, complètement désorienté dans l'espace et le temps, ne peut ni lire ni écrire. Insomnie. Modifications caractérielles : agressif avec sa famille, casse parfois des objets, est très jaloux de sa femme à qui il reproche de nombreux amants, se moque de son entourage.

Le 15 mars 1958, nous allons le voir chez lui et sa femme nous apprend que ses troubles psychiques ne se sont que peu amendés. Il persiste, nous dit-elle, une amnésie de fixation totale (« de là à là, il ne se rappelle pas ; il sort pour aller faire un travail dans le hangar et revient ne sachant plus ce qu'il était allé faire »), mais aussi une amnésie rétro-active s'étendant assez loin dans son passé et sur toute

la période qu'il a passée à l'hôpital, sur les circonstances du traumatisme. Il n'a plus de fausses reconnaissances comme lors de son hospitalisation, où il avait confondu un de ses voisins de lit avec un camarade d'enfance (« Rubio, Rubio, tu ne me reconnais plus ») et voulait à toute force qu'un malade de la salle soit un épicier du quartier de la Plaine. Actuellement, pas de fausses identifications mais une méconnaissance : il reste indifférent lorsqu'une de ses cousines vient le voir et ne reconnaît pas non plus le mari de celle-ci. Il est désorienté dans le temps (ne sait plus ni le jour ni l'année, « il sait que c'est un dimanche parce que l'Eglise sonne »). Désorienté dans l'espace (il a fallu l'accompagner aux docks, où il était convoqué ; il se dirige à peine dans son quartier. Au début, il se perdait dans sa maison). Enfin, il fabule mais on ne met pas en évidence de fabulation fantastique. Sa femme lui demandant ce qu'il a fait l'après-midi : « Je suis allé à la campage des V. puis j'ai marché sur la voie ferrée, entre les rails, droit devant moi pendant trois heures. Il n'est pas passé de train. » Or, il est resté dans un bois tout l'après-midi, la voie ferrée est très fréquentée.

Le lendemain, nous voyons le malade. Le contact est assez difficile à obtenir, « flottant ». Il parle très mal français, entremêle des mots espagnols, déforme certains mots, « oudoudi » pour « aujourd'hui ». Par contre, il s'adresse avec vivacité à sa femme en espagnol. Il est alexique (reconnaît les lettres de l'alphabet mais non les mots), agraphique : d'une écriture très déformée il parvient, en réfléchissant longtemps, à écrire « Madrid », à ébaucher une signature. Pas d'agnosie. L'humeur est neutre. Il n'est plus logorrhéique et présente des signes du syndrome subjectif des traumatisés craniens : céphalées, voile devant les yeux, vertiges. L'asthénie et l'irritabilité doivent lui être rapportées également. Il raconte une partie de sa vie mais il est impossible de lui faire préciser une date et il ne se rappelle même pas la date de son mariage. Il ignore la période d'hospitalisation, ne reconnaît pas un marteau à réflexes. A la question qu'avez-vous fait hier ? « je me suis levé tôt ». A quelle heure ? « je ne regarde pas l'heure quand je me lève ». « Je suis allé promener jusqu'à dix heures, puis je suis allé faire une belote. » Avec qui ? « Il y avait trois ou quatre collègues. Il y avait... puis je suis venu manger. » Or, la veille, il est resté au lit jusqu'à 14 heures et a exigé son repas au lit. Il raconte aussi que ses deux frères ont dû s'enfuir d'Espagne car ils avaient commis un meurtre, ce qui est faux.

L'examen montre une très discrète hémiparésie gauche, la persistance de mouvements spontanés et incoordonnés à droite. Pas de Babinski.

On doit enfin remarquer qu'à la période où nous l'avons examiné, c'est-à-dire à une époque où le syndrome était déjà dégradé, apparaît une conscience de l'infirmité. Mais c'est surtout sa désorientation dans l'espace, son alexie qui l'affecte, « on est obligé de me lire le

journal comme à un vieillard ». Contraste curieux, il se fâche si on le contrarie dans ses dires, si on lui affirme que des amis autres que ceux qu'il prétend avoir reçus sont venus. Il en résulte de vives altercations avec sa femme, aiguisées encore par son irritabilité.

L'électro-encéphalogramme à cette date donne les conclusions suivantes : tracés complexes où s'associent des alpha postérieurs et de nombreuses fréquences bêta généralisées. Les rythmes sont nettement plus amples à droite qu'à gauche. L'hyperpnée est sans effet et la stimulation lumineuse intermittente provoque un entraînement pour le seul hémisphère droit. En conclusion : persistance d'une asymétrie aux dépens de l'hémisphère gauche, associée à une dysfonction des structures de la base telle qu'on la voit chez les sujets artérioscléreux.

Etude clinique

A) *Les conditions d'apparition.*

1° *La cause déterminante : le traumatisme.* — C'est un traumatisme crânien grave avec perte de connaissance de durée variable. Nous l'avons toujours retrouvé dans les différents cas publiés que nous avons pu consulter. Il faut toutefois signaler une observation de Wortis où le syndrome de Korsakow s'est installé après un intervalle libre et était révélateur d'un hématome sous-dural.

De nombreux signes accompagnateurs peuvent encore venir attester cette gravité.

Les fractures sont fréquentes, mais aucune localisation particulière ne peut être plus spécialement incriminée : fracture de la base, fracture ou enfoncement frontal, temporal. Ce sont des fractures fermées bien souvent. C'est dans cette première période que des signes déficitaires ou irritatifs sont constatés. Nous avons relevé avec une certaine fréquence : les hémiparésies, crises toniques, crises convulsives, des troubles sphinctériens souvent prolongés, des syndromes aphasiques, apraxiques, agnosiques. Enfin, la ponction lombaire parfois pratiquée a pu déceler un liquide hémorragique.

Friedmann et Brenner ont proposé d'apprécier comme test objectif, destiné à évaluer la sévérité du traumatisme, la durée de l'amnésie post-traumatique permanente (P.T.A.), c'est-à-dire concernant les événements ayant suivi le trauma. Comparant deux groupes de malades, les uns ayant fait un syndrome de Korsakow, les autres un état confusionnel prolongé, ils remarquent que chez les premiers la P.T.A. est de 16 jours, alors qu'elle n'est que de 8 jours dans le second groupe.

2° *Fréquence.* — Elle est faible et varie suivant les statistiques entre 0,3 et 2 % des traumas crâniens. Russel et Nathan, sur un total de 1.029 cas de traumatismes crâniens, en décèlent 3 cas. Friedmann et Brenner, 9 cas sur 430 traumas crâniens, soit 2 %.

A ce sujet, Flament remarque que si de nombreux auteurs germaniques ont surestimé sa fréquence, c'est à la faveur d'une conception élargie leur faisant inclure dans leurs statistiques des formes très éloignées.

3° *L'incidence de l'alcoolisme.* — Là encore, les différentes statistiques sont concordantes. Le Huché insiste sur la coexistence à peu près constante de l'alcoolisme chronique ; Friedmann et Brenner l'estiment à 90 % des cas de Korsakow. Ce n'est nullement un facteur obligatoire, mais une cause de fragilisation. On ne peut en effet expliquer alors les cas où tout éthylisme est exclu.

B) *La symptomatologie.*

On peut distinguer deux ordres de faits : la triade korsakowienne telle que nous l'avons définie et sans laquelle le diagnostic de Korsakow ne peut être posé ; des signes accompagnateurs, dont certains sont des proches parents de la triade, d'autres relèvent du cadre étiologique.

1° *La triade korsakowienne.* — Nous décrirons en premier lieu la *fabulation,* car elle est le caractère le plus original du syndrome. En effet, les amnésies de fixation sont de constatation banale dans les suites des traumas crâniens, mais elles ne s'accompagnent pas de fabulation.

Flament, dans une étude récente, en a précisé de façon remarquable les caractères. Il a montré en particulier que, dans 65 % des cas, elle porte sur les circonstances de l'accident et qu'il en existe surtout deux types différents.

La *fabulation compensatrice* est la forme habituelle. Elle revêt un caractère de plausabilité. Ainsi, dans notre observation n° 1, Mme J. L... prétend que son fiancé est venu la voir il y a deux jours, ce qui apparaîtrait tout à fait probable à un observateur non averti de la mort de celui-ci. Cette fabulation est provoquée, induite par l'interrogatoire.

Plus intéressante apparaît la *fabulation fantastique,* avec son aspect totalement irréel. Cette forme est très rare. Nous relevons dans l'observation n° 7, citée dans la thèse de Le Huché, le récit de ce caporal de 28 ans, traumatisé lors d'un accident de bicyclette en mai 1917 : « Oui, j'ai fait trois chutes d'avion et je crois

que c'est la première qui m'a fait mal. Nous avions pris un avion en chasse, il y en avait six, j'en ai abattu quatre, le cinquième m'a abattu, je suis tombé de 4.000 mètres et j'ai sauté en passant dans un avion français, je l'ai raté et je suis descendu grâce à mon chapeau de paille. » Les faits s'enchaînent, perdant tout lien avec le réel, comme dans un véritable délire d'imagination. Ils sont spontanés. On note ce trouble particulier du jugement sur lequel Benon avait insisté, qui fait que le malade ne s'aperçoit pas de ses contradictions. En effet, il oublie son récit après l'avoir fait, car il ne fixe pas les souvenirs de l'instant présent.

L'amnésie antérograde dite de fixation est le deuxième élément de la triade. L'oubli marche toujours en avant : amnésie antérograde (Delay). C'est l'incapacité de fixer le souvenir du présent contrastant avec la conservation du passé. Ainsi, notre malade Mme J. L... ignore le nom des médecins et des infirmières qui s'occupent d'elle journellement, par contre elle reconnaît son père et son directeur.

Mais, les troubles mnésiques ne se limitent pas là en général. On a souvent association à une amnésie rétrograde ou rétroactive ; l'oubli marche alors en arrière et s'étend plus ou moins loin sur la période antérieure au trauma. Mme J. L... en donne encore un exemple : elle avait oublié son mariage remontant à six semaines avant son accident. Mais, ici, une note affective intervient également, bien expliquée par les conflits familiaux qui suivirent. C'est une amnésie rétrograde quasi-élective. L'amnésie peut être plus extensive encore, couvrant tout le passé du malade, qui oublie son nom et qui il est. Ces cas ont été décrits par Muller-Suur sous le nom d' « Apersonalitat ».

Les *fausses reconnaissances*, véritables hallucinations du présent (Delay), sont facilement mises en évidence. Le malade reconnaît un ami, sa sœur dans les voisins de lit, les infirmières.

2° *Les signes associés à la triade korsakowienne.* — Ils sont variables, peuvent amener une multiplicité de formes cliniques. Certains sont à rapprocher de la confusion mentale traumatique.

La désorientation dans le temps est à peu près constante ; nous verrons plus loin son importance. La désorientation dans l'espace est plus rare et beaucoup moins caractéristique.

Portant véritablement le cachet confusionnel, apparaissent des crises d'agitation motrice et surtout des hallucinations. Ces dernières sont rayées avec raison du tableau typique par Ajuriaguerra. Nous les avons trouvées dans deux observations citées

par Le Huché, mais elles ont été passagères et semblent bien dépendre d'une bouffée confusionnelle où éthylisme et traumatisme ont leur part.

En fait, tous ces troubles, sauf la désorientation dans le temps, sont expliqués par la queue de la confusion, d'où leur caractère passager et non itératif.

Relevant de la maladie traumatique, d'autres signes peuvent aussi modifier le tableau :

soit des signes précoces : syndromes déficitaires, apraxiques, agnosiques ou aphasiques, dont notre observation n° 2 est un exemple. Par contre, la coexistence d'hémiballisme n'a jamais été relevée avant cette observation ;

soit des signes plus tardifs : l'ensemble symptomatique du syndrome subjectif des traumatisés crâniens avec ses céphalées, ses signes visuels (brouillard), auditifs (bourdonnements d'oreilles vestibulaires (vertiges), ses petits troubles caractériels (nervosisme, irritabilité, asthénie, un certain degré d'apragmatisme).

On doit enfin isoler, des troubles de l'humeur : l'euphorie korsakowienne. Elle est faite d'insouciance, de détachement. Mais elle n'est pas constante et peut parfois être en partie masquée par de petits troubles caractériels du syndrome post-commotionnel, comme c'est le cas dans notre observation n° 2. Ailleurs, elle peut être plus marquée, affectant parfois une allure moriatique avec tendance à plaisanter, jeux de mots « mise en boîte » (Le Huché, obs. n° 7), une allure maniaque avec activités ludiques (Benon). Parfois, elle est simplement remplacée par une neutralité affective ou un certain puérilisme.

Dans cet ordre d'idées, il faut citer une curieuse observation de Kammerer où le syndrome de Korsakow après trauma cérébral grave a été précédé par une courte période où de nombreux signes de la série schizophrénique ont été relevés : catatonie (immobilité, négativisme, yeux fermés, contracture de défense, voix basse), réponses à côté, ironie mordante. Ces signes se sont d'ailleurs bientôt atténués. Un tel tableau, aussi peu concordant avec ce qu'il est habituel de noter dans le syndrome de Korsakow post-traumatique, pose le problème du rôle de la constitution antérieure du sujet dans le déterminisme des troubles psychiques.

3° *Les examens complémentaires.* — La ponction lombaire n'a pas grand intérêt. Friedmann et Brenner n'ont constaté aucun rapport entre la présence de sang dans le liquide céphalo-

rachidien, la pression du liquide céphalo-rachidien et la durée du syndrome.

Beaucoup plus intéressantes sont les données de l'électroencéphalogramme, mais on dispose encore de peu de documents. Il faut cependant remarquer que l'avis des auteurs diffère selon le matériel d'étude. Alors que, dans les Korsakow d'étiologie éthylique, on souligne le caractère peu démonstratif des tracés, par contre, dans les étiologies traumatiques, on relève avec une certaine netteté des résultats communs et concordants.

a) *L'électroencéphalogramme dans le syndrome de Korsakow éthylique.* — Gorman, Stearn, Wortis ont analysé 21 cas. On relève dans leurs observations la gravité et l'allure aiguë de l'intoxication éthylique (fréquence du delirium, des hallucinations), la coexistence habituelle de troubles oculaires, ce qui permet de penser que leurs malades présentaient des tableaux plus voisins du Wernicke que du Korsakow. Cette remarque modère leurs conclusions. En effet, selon eux, il n'y a aucun tracé spécifique et aucun parallélisme clinique ou évolutif entre la sévérité des troubles mentaux et la discrétion des anomalies électroencéphalographiques.

Grenblatt, Lévin, di Cori notent, par contre, dans trois cas, un certain parallélisme entre les troubles mentaux et l'électroencéphalogramme.

b) *L'électroencéphalogramme dans les syndromes de Korsakow dus à d'autres étiologies.* — Gavrilova et Korrina, dans une étude récente de huit cas d'étiologies diverses et en particulier traumatiques, mettent en évidence des caractères communs aux différents tracés : bas voltage et baisse de l'excitabilité corticale. Ils évoquent une perturbation des rapports cortico-sous-corticaux traduits par l'apparition et la prédominance d'un rythme sous-cortical sur le rythme cortical. De plus, il existe un rapport étroit entre les troubles électroencéphalographiques et la gravité des signes cliniques.

Flament rapporte l'électroencéphalogramme d'un syndrome de Korsakow post-traumatique et établit une comparaison avec notre observation n° 1. Il décrit des bouffées d'ondes lentes de type delta paroxystiques, bilatérales et synchrones. Ces anomalies ont régressé avec l'amélioration du tableau clinique.

c) *Nos observations.* — On note également dans notre observation n° 1 des bouffées d'ondes lentes, irrégulières, de grande amplitude, comparables à celles observées dans la narcolepsie.

Mais là, cependant, l'évolution clinique s'est longtemps prolongée après la disparition des anomalies électriques.

Notre observation n° 2 est plus délicate à interpréter. Sa complexité est due à deux facteurs surajoutés. L'asymétrie persistante des tracés entre les deux hémisphères est due aux séquelles de l'hématome sous-dural initial. S'il n'y a pas d'ondes lentes, le reste du tracé implique un dysfonctionnement des structures de la base dont l'artériosclérose diffuse du tronc cérébral semble responsable.

On peut donc conclure que le syndrome de Korsakow post-traumatique paraît un matériel d'étude favorable dans les cas purs et que le déterminisme des troubles électriques semble en rapport avec un dysfonctionnement des structures basales.

C) *L'évolution et le pronostic.*

Il faut séparer ici l'évolution des troubles korsakowiens, en général favorable, de celle de la maladie traumatique qui, elle, peut se poursuivre. Dans de nombreux cas, il y a un contraste assez frappant entre la durée relativement courte du syndrome de Korsakow post-traumatique et la chronicité désespérante, parfois l'issue fatale, du syndrome de Korsakow éthylique. Si l'on admet un pronostic bon dans le Korsakow post-traumatique, dans la psychose polynévritique on relève une mortalité de 30 à 35 %.

Les différentes statistiques concernant le syndrome de Korsakow post-traumatique ne sont cependant pas toutes concordantes et une réserve est à faire de plus pour certaines observations. Friedmann et Brenner font état d'une durée moyenne de quinze jours, la durée maximum ayant été de quarante-quatre jours dans l'une de leurs observations. Il semble bien que ces chiffres soient un minimum. Benon et Le Huché relèvent des durées de deux à trois mois. Flament, dans ses observations, des durées de deux et quatre mois.

Dans nos deux cas, le pronostic semble être plus sombre.

Chez Mme J. L..., sept ans après le traumatisme initial, on trouve encore une certaine euphorie, une mythomanie avec un luxe de détails qui affirme la persistance de l'activité fabulatoire. Notre malade n'a peut-être pas trouvé dans la convalescence l'apaisement nécessaire. Elle est sortie du milieu hospitalier pour être plongée dans des situations inextricables, en butte avec l'appareil judiciaire ; des pressions morales ont été exercées sur elle : surveillance, intervention constante de la police, des assis-

tantes sociales. Il ne faut pas oublier non plus la mort de son mari un mois et demi après son mariage. On peut dire que le traumatisme a été triple : au traumatisme crânien se sont ajoutés le traumatisme psychique du décès de son mari, un climat familial tissé de conflits. Cette association de facteurs est probablement suffisante pour justifier une aussi longue évolution de la fabulation.

Dans notre observation n° 2, les éléments korsakowiens se sont sensiblement atténués au bout d'un an. Mais il est difficile de faire alors la part de ce qui leur revient et de ce qui est dû à l'affaiblissement intellectuel. L'artériosclérose et l'atrophie cérébrale post-traumatique semblent ici jouer un rôle non négligeable. De même que cette association (syndrome de Korsakow post-traumatique, artériosclérose, hématome) modifie le tableau électroencéphalographique, de même elle explique cet aspect du tableau clinique.

Cette observation est à mettre en parallèle avec la communication faite par Israël, Dany, Geismann. Dans cinq cas de syndromes de Korsakow post-traumatiques, les lésions anatomiques mises en évidence au début étaient deux hydromes sous-duraux gauches, deux hématomes sous-duraux gauches et un abcès cérébral. L'encéphalographie gazeuse montrait, et c'est là le point intéressant, le développement rapide d'une dilatation ventriculaire. Il y avait une relation entre cette atrophie cérébrale et l'installation du syndrome de Korsakow.

Il est donc souhaitable dans l'établissement du pronostic de ne pas se contenter des électroencéphalographies, mais de s'appuyer aussi sur l'encéphalographie gazeuse. Celle-ci peut avoir un autre intérêt et, dans un cadre plus général, elle est susceptible d'apporter d'autres renseignements. Nayrac et collaborateurs l'ont faite dans quatre cas de psychose polynévritique éthylique et ont noté trois fois une dilatation des citernes de la base, quatre fois une atrophie cérébrale prédominant aux lobes frontaux. Ils en font un argument en faveur d'une théorie mixte frontale et diencéphalique.

On voit donc que le contraste avec le Korsakow éthylique qui a contribué à faire attribuer au Korsakow post-traumatique son cachet de bénignité, n'est pas aussi tranché qu'il le paraissait. Cette différence existe certes, mais d'importantes réserves sont à faire. On ne peut établir le pronostic qu'en tenant compte de la gravité du traumatisme initial, des facteurs associés, du terrain. Il reste encore une part d'incertitude qui doit inciter à la pru-

dence et que la pratique plus fréquente de l'encéphalographie gazeuse peut combler.

Au terme de cette étude, nous avons souligné l'importance et les proportions respectives de certains caractères du syndrome de Korsakow post-traumatique. Peut-on de ces précisions déduire le mécanisme et l'enchaînement des phénomènes ? En quittant le solide terrain de la clinique, les psychopathologistes ont soulevé des problèmes qui trouvent une singulière résonance dans les données modernes de la neurophysiologie. Ce sont ces deux aspects que nous allons maintenant envisager.

Les données psychopathologiques

Si les cliniciens sont d'accord sur la symptomatologie du syndrome, les psychopathologistes ont longtemps erré pour identifier le trouble fondamental. Le mérite de l'avoir mis en évidence revient à van der Horst.

1° *Les troubles de la mémoire*

Ils ont longtemps été mis au premier plan : Kræpelin, puis Bonhoffer, Grégor, Schilder incriminaient en premier lieu la reproduction immédiate des souvenirs. D'autres encore mettaient l'accent sur un trouble de la perception elle-même. De cette importance attachée aux troubles de la mémoire découle le terme d'amnésie de fixation qui, en fait, est inexact.

Avec Delay, on peut en effet distinguer deux fonctions distinctes dans la mémoire proprement dite ou mémoire sociale (qu'il différencie de la mémoire sensori-motrice s'apparentant à l'habitude) : d'une part, la simple fixation du souvenir, qui se résume à un enregistrement, une perception ; d'autre part, la mémoration. La mémoration « intègre l'impression nouvelle à l'ensemble de la personnalité » ; bien plus, elle implique un jugement d'antériorité et, par conséquent, la reconnaissance du temps. Chez le korsakowien, c'est la mémoration qui est déficitaire.

Une confirmation expérimentale et clinique en est apportée par un certain nombre de faits.

Confirmation expérimentale. — Nyssen, expérimentant sur un groupe de 50 Korsakow d'origine éthylique, les soumet à un test de vocabulaire de mots nouveaux et de mots supposés depuis longtemps acquis. Le test comporte des définitions suggérant l'évocation du mot et des mots à définir. Les résultats sont sensiblement identiques à ceux des sujets normaux pour les mots

acquis depuis longtemps. Par contre, diminution très nette des performances en ce qui concerne la définition et l'évocation des mots nouveaux, c'est-à-dire acquis pendant la période où s'étend l'amnésie rétrograde. La capacité d'évocation est plus atteinte que la capacité de définition. Comparant ces résultats à ceux d'alcooliques sans syndrome de Korsakow, il conclut que ce trouble est bien caractéristique du Korsakow.

Confirmation clinique. — Korsakow déjà avait remarqué que la mémoration était perturbée, l'enregistrement étant normal. Un malade à qui on faisait des chocs électriques manifestait de la peur à chaque séance, quoiqu'il disait lors de chacune que c'était la première fois qu'on lui faisait subir ce traitement. « On pouvait s'apercevoir que la trace du souvenir était dans son âme. » (cité par Delay).

Notre observation n° 2 nous le montre également. Notre malade réussit l'épreuve des trois papiers de P. Marie, mais après avoir répété plusieurs fois à voix haute la destination de ces papiers, comme pour contracter déjà l'habitude de l'acte à accomplir ; sa mémoire sensori-motrice moins touchée est celle sur laquelle il s'appuie. Le lendemain, le revoyant, nous lui demandons s'il nous reconnaît : « Oui, vous êtes le Docteur. » « Quand nous avez-vous vu ? — Il y a quatre ou cinq jours. » Cet exemple permet de constater que la fixation, — l'enregistrement de la perception —, s'est faite correctement, que c'est la fonction de localisation du souvenir dans le passé vécu qui est atteinte.

Il montre aussi que le déficit de la mémoration est un des troubles les plus longs à disparaître, car nous avons vu le blessé onze mois après son traumatisme, à une époque où la fabulation était extrêmement pauvre, où il n'y avait plus de fausses reconnaissances.

Van der Horst note la discordance entre deux examens : l'examen expérimental avec des suites de chiffres à rappeler et l'expérience quotidienne. Si les malades peuvent après quelques minutes évoquer de nouveau une série de chiffres, il en est tout autrement si ce sont des ordres qui leur sont donnés, des actes les engageant qui leur sont commandés. Ce sont donc surtout les actes ou les expériences vécues devant être intégrés au moi qui ne sont pas mémorisés et localisés dans le cadre temporel de la personne.

Quant aux fausses reconnaissances ou paramnésies, elles présentent des rapports étroits avec la fabulation.

2° *La fabulation*

Elle revêt, nous l'avons vu, deux formes : la fabulation compensatrice habituelle, la fabulation fantastique. Ce deuxième type de fabulation, au premier abord très différent du premier, a en réalité une source commune. L'un et l'autre appartiennent à la pathologie de la mémoire ; c'est, comme Delay l'a montré dans une perspective jacksonienne, l'aspect positif d'un trouble dont le déficit de mémoration est l'aspect négatif.

La fabulation dite compensatrice est la forme la plus commune. Son thème est pauvre, elle procède par assemblage de matériaux puisés dans un passé déjà ancien. Elle est induite par l'interrogatoire. Ce n'est pas « n'importe quoi » (Ey) que le malade répond, et sa réponse porte l'empreinte personnelle du sujet dont elle est un élément de l'histoire.

Dans notre observation n° 2, nous avons rencontré un fait signalé par Russel et Nathan, dont certains malades évoquaient des traumas plus anciens en réponse à des questions concernant le traumatisme récent. Nous avons vu en effet notre patient s'étendre plusieurs fois longuement sur un traumatisme de l'épaule subi il y a deux ans, lorsqu'on l'interrogeait sur les circonstances de son accident. Il y a là une méconnaissance du traumatisme dévalorisant sur laquelle nous reviendrons.

La fabulation fantastique est un véritable délire d'imagination. Flament a mis en évidence ses caractères sous-jacents, sous-tendus par des mécanismes inconscients apparentés aux mécanismes de défense psychanalytiques. Cette fabulation est compensatrice, mais à un autre point de vue. Elle comble ce que la situation du sujet peut avoir d'humiliant, réalise ses désirs profonds. « Elle est justiciable des mêmes méthodes d'investigation d'inspiration psychanalytique que celles qui permettent d'expliquer les autres activités mentales autistiques (délire, rêve, onirisme). »

On peut en rapprocher certaines négations de la réalité, méconnaissance systématique où les pulsions se font jour à l'occasion d'une baisse de vigilance de la conscience. Ainsi, dans notre observation n° 1, la malade nie son mariage, sa grossesse. Cette attitude est éclairée par ses conflits familiaux : elle repousse ce qui vient du monde de ses beaux-parents et essaie de retrouver une situation plus paisible qui avait été jusque-là la sienne, d'où encore son puérilisme.

3° *Les troubles de l'humeur : l'euphorie*

Pour Benon, c'est une forme spéciale d'excitation maniaque. L'euphorie korsakowienne est pour lui synonyme de manie, c'est un signe dominant. Il nous semble que cette opinion doive être nuancée. En effet, dans le Korsakow post-traumatique, ce signe est loin d'être constant, n'est pas précédé d'asthénie ou de tendances dépressives, comme on l'a retrouvé dans des Korsakow d'étiologie éthylique. Toutefois, nous avons noté dans un certain nombre d'observations une euphorie vraie, une tendance à plaisanter, parfois une agitation psychomotrice. Pour cette dernière, il convient de faire la part d'une bouffée confusionnelle. Dans notre observation n° 1, notre malade ne présente pas de gaieté franche, mais une logorrhée avec hypermnésie, une activité ludique qui n'est pas sans rappeler l'hypomanie.

4° *L'interprétation du syndrome*

Nous avons déjà retracé en partie les différentes étapes de l'évolution des idées à ce sujet. Chaque étape comporte vraisemblablement une part de plausibilité.

Le Korsakow a d'abord été axé sur le trouble de la mémoire. En temps que déficit de la mémoration, cette conception rejoint celle de van der Horst. Puis, c'est un trouble de la pensée qui a été incriminé par Pick et Grunthal. Pour ce dernier, « les malades ont perdu le pouvoir de concentrer leur attention sur tel ou tel contenu de la conscience » (cité par van der Horst). Mais ce défaut de « concentration de l'attention » n'est qu'une conséquence de l'impossibilité d'actualisation des souvenirs, le fait est mis avant sa cause. On ne peut concentrer son attention sur un souvenir non classé dans le passé et que la pensée désharmonisée de la perspective temporelle ne retrouve pas.

Enfin, les interprétations psychanalytiques, si elles ne sont pas une explication suffisante à elles seules, ont un intérêt certain pour éclairer les mécanismes de la fabulation.

Actuellement, on admet avec van der Horst que le nœud du problème est le trouble de la temporalisation. C'est ce que, dans des langages différents, d'autres auteurs ont aussi exprimé. Ainsi, pour Ehrenwald, le champ de la structure temporelle de la conscience devient punctiforme ; pour Conrad, c'est « la gestaltisation correcte du souvenir dans la perspective temporo-spatiale qui est atteinte ». Van der Horst, dans une analyse serrée, donne une explication de tous les signes rencontrés. Toute perception est rejetée dans l'histoire du malade, mais n'importe

comment, sans lien temporel avec les souvenirs antérieurs ou postérieurs. C'est une « désintégration de la pensée selon le temps » (Bernard) ; une véritable déstructuration du cadre temporo-spatial de la conscience ; les souvenirs ne sont plus munis de leur « signe temporel ». On comprend alors l'amnésie antérograde, la fabulation, où ce sont des contenus quelconques d'un passé vécu ou désiré qui sont actualisés, les fausses reconnaissances où le sujet faussement reconnu est en réalité recouvert par une représentation présente à ce moment-là dans la conscience.

Ainsi, comme le souligne van der Horst, le syndrome est sous-tendu par « un trouble de l'une des catégories psychiques les plus élémentaires ». C'est un des aspects de la conscience qui est dégradé. De là à en chercher la localisation cérébrale, l'écart n'est pas grand. Nos deux observations apportent leur contribution à cet autre aspect de la question.

Les données physiopathogéniques

Le problème de la topographie des lésions causales a donné lieu à plusieurs théories.

Si l'on admet actuellement l'atteinte prépondérante du mésodiencéphale, on a d'abord pensé avec Marchand et Courtois que les lésions encéphaliques étaient diffuses.

La théorie corticale a ensuite longtemps prévalu. Marcus localisait l'atteinte dans le cortex préfrontal et cette opinion était appuyée par les études anatomopathologiques de Carmichaël et Stern. Les preuves réunies n'étaient nullement démonstratives. En effet, il s'agissait de syndromes de Korsakow d'étiologie éthylique où les lésions peuvent être diffuses et où il est difficile de déterminer avec précision la région la plus touchée.

La théorie mésodiencéphalique a ensuite supplanté les précédentes ; en particulier, les corps mamillaires (Gamper) et le système mamillo-thalamique (Grunthal) semblent être des régions d'élection. De nombreuses observations de néoformation de cette région à l'origine de syndrome de Korsakow ont été publiées. Il faut aussi citer les travaux de Gudden, ceux de Delay et Brion.

Plus récemment, Malamud et Skillicorn, établissant une comparaison entre le syndrome de Korsakow et le syndrome de Wernicke, trouvent dans 70 cas une nette prépondérance des lésions dans cette région. Comme ils le remarquent, les lésions sont diffuses, atteignant également le cortex et le cervelet, mais dans ces régions il s'agit uniquement de modifications dégénéra-

tives sans aucun caractère de spécificité. Par contre, au niveau des corps mamillaires, de la substance grise péri-ventriculaire et péri-aqueducale, du noyau dorso-médian du thalamus, on met en évidence une gliose intense avec une intégrité relative des neurones, ce qui, selon eux, démontrerait l'irritation primitive de la névroglie.

Un autre intérêt de leur étude est de donner des bases solides à la parenté entre le syndrome de Korsakow et le syndrome de Wernicke. Ils concluent que l'allure chronique ou aiguë des lésions détermine suivant leur type l'un ou l'autre syndrome et trouve là l'explication du passage d'une forme à l'autre.

Une théorie mixte corticale et mésodiencéphalique a été avancée. Elle apparaît séduisante par la confirmation qu'elle trouve dans certains travaux anatomo-cliniques et dans les données récentes de la physiologie.

Nous avons vu plus haut les observations rapportées par Nayrac et collaborateurs s'aidant de l'encéphalographie gazeuse et leurs conclusions à une atrophie élective du cortex frontal et de la base. D'autre part, l'importance croissante du système réticulé (S.R.) en neurophysiologie n'a pas été sans incidences sur cette question. Il s'agit là certes d'une extrapolation et l'on ne peut envisager qu'avec circonspection ces nouveaux rapports de causalité.

Azima et collaborateurs, précédés par Jaspers et Kleist, et tout en reconnaissant leur nature d'hypothèse, font un rapprochement entre l'activité du S.R. (caractérisée par l'état de vigilance) et certaines fonctions de la conscience. Le système cortical interviendrait dans la connaissance du monde, le centrencéphale serait le support de l'appréciation de l'importance « existentielle » d'une situation, d'une effectivité générale dirigée vers le monde. Le cortex temporal, plus particulièrement spécialisé dans la fonction mnésique (Penfield), donnerait une tonalité mnésique aux « situations existentielles intégrées par le centrencéphale ». Le système réticulé est le lien dynamique entre ces deux secteurs. La temporalisation des situations peut être comprise dans cette perspective comme résultant de ce double échange.

Sur le plan électroencéphalographique, notre observation n° 1 et celle de Flament confirment cette hypothèse. En effet, les tracés sont spécifiques d'une localisation mésodiencéphalique : ce sont des tracés tels qu'on les obtient par destruction d'une partie de la S.R.

Sur le plan clinique, on rappellera la fréquence des signes de

la série diencéphalique immédiatement post-traumatiques dans les observations de syndromes de Korsakow (glycosurie, troubles de la thermorégulation), la survenue dans notre observation n° 1 de crises de rigidité de type décérébré, pour lesquelles le rôle conjoint du système réticulé et du système vestibulaire a été admis (Ward-Schreiner). Quant à l'hypomanie fréquemment retrouvée, on sait le rôle attribué au diencéphale dans sa production. Notre observation n° 2 permet également un rapprochement. L'hémiballisme ou syndrome du corps de Luys est ici la preuve d'un défaut de vascularisation de la région hypothalamique. Que cet hémiballisme soit en rapport direct avec le traumatisme ou que la fragilité vasculaire de ce sujet artérioscléreux en soit la cause majeure, il est la signature de lésions électives de cette région. Bien plus, l'amélioration neurologique suit dans une certaine mesure l'évolution des signes psychiques : un an après, l'état psychique était nettement amélioré, les mouvements anormaux étaient discrets et intermittents.

Il n'est pas interdit de voir dans l'importance des troubles vasculaires du mésodiencéphale une explication à la durée tout à fait inhabituelle du syndrome de Korsakow chez ce malade.

On voit donc la direction prise par les recherches actuelles : c'est sur des bases physiologiques un essai d'unification des théories corticales et diencéphaliques. Longtemps, l'écorce cérébrale, puis le diencéphale ont été mis en cause pour expliquer nombre de syndromes psychiques. Actuellement, la physiologie du système réticulé en plein essor se voit attribuer des fonctions diverses, peut-être parce que remplie encore d'inconnues. Cette tendance est logique, souvent fructueuse ; l'avenir seul dira dans quelle mesure le psychique est parfois réductible à l'organique.

BIBLIOGRAPHIE

Angel Chicata (M.). — Alteranes mentales agudas en los traumatismos craneo-encéfalicos. *Rev. Neuro-Psi.*, 17/I, 40, 1954.

Ajuriaguerra (J.) et al. — Troubles mentaux dus aux traumatismes craniens. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 2, 37, 520, A-10.

Alliez (J.), Mouren (P.) et Carcassonne (Y.). — Syndrome de Korsakow post-commotionnel avec dysrythmies méso-diencéphaliques initiales. *Encéphale*, 1953, 42, n° 6, 500-507.

Auvray. — Remarques à propos de 51 cas personnels de traumas craniens. *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, novembre 1927.

Azima, Cramer, Faure. — Le système réticulé activateur central. Son rôle en psychopathologie. *L'évolution psychiatrique,* 1955, fasc. 1, p. 121-143.

Ballet (Gilbert). — *Traité de pathologie mentale,* Paris, 1903.

Benon (R.). — *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques,* Steinhel édit., Paris, 1913.

— Syndrome de Korsakow et confusion mentale post-traumatique. *Annales médico-psychologiques,* sept. 1914, n° 2.

— Le syndrome de Korsakow post-traumatique. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* 1914, 4 séries, 22, 238.

— L'euphorie, exactement la manie dans la psychose de Korsakoff. *Semaine des hôpitaux,* 14 janv. 1946, 65-66.

Bernard (P.). — Essai psychopathologique sur le comportement dans le syndrome de Korsakow. *La raison,* mai 1951, n° 2.

Bouttier (H.). — Contribution à l'étude neuro-physiologique des traumatismes cérébraux récents. *Thèse,* Paris, 1918.

Bowmann (K.), Blau (A.). — Psychotic states following head and brain injuries in adults and children in Brock.s. *Injuries of skull, brain and spinal cord.* Williams and Wilkins édit., p. 294, 1943.

Brisset, Gault, Gachkel. — Position actuelle des problèmes du sommeil. *L'évolution psychiatrique,* 1956, fasc. 1, p. 51 à 62.

Claude, Le Guillant et Masquin. — Troubles mentaux consécutifs à un traumatisme frontal. *Annales médico-psychologiques,* 1932, 1, p. 43 à 49.

Czechmanck (K.). — Un syndrome de Korsakow dans une lésion traumatique de l'hypothalamus par éclat de grenade. *Nervenarzt,* 20 avril 1954, 25, n° 4, 158-I, 60.

Delay. — *Les dissolution de la mémoire,* P.U.F., 1950.

— et Brion. — Syndrome de Korsakow et corps mamillaires. *L'encéphale,* 1954, n° 3, p. 193-200.

De Renzi et Gatti. — Sindrome confabulatoria e delirio di grandezza, evoluzione di un Korsakow posttraumatico. *Revista Sperimentale di Freniatria,* vol. 81, fasc. 1, 1er janv. 1957, p. 244-253.

Desault. — *Œuvres chirurgicales* (publiées par Bichat X.), 1798, 11, p. 53 à 59.

Dupré, Logre. — Les psychoses imaginatives aiguës. *Annales médico-psychologiques,* 10 séries, 6, 144, 1914-1915.

Ebbecke. — *15e congrès des psychiatres et neurologues de l'Allemagne centrale,* Iéna, 1904, 24 octobre. Rapport de Frendelenburg et Windsheid sur la commotion cérébrale.

Ey (H.). — *Etudes psychiatriques.* Etude n° 24, 111, p. 331, Desclée de Brouwer édit., Paris, 1954.

Flament (J.). — La fabulation dans le syndrome de Korsakow d'étiologie traumatique. *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 57, février 1957, 2, 119-161.

Friemann (A. P.) et Brenner. — Amnestic, confabulatory syndrom (Korsakow psychosis) following head injury. *The Amer. J. of Psychiat.,* 1945, July, n° 102, 61-66.

GORMAN, STEARNS, WORTIS. — The E.E.G. in Korsakow syndrom. *The Amer. J. of Psychiat.*, 1950, n° 1, vol. 107, p. 20 à 24.

GORDON (A.). — Troubles mentaux tardifs consécutifs aux traumatismes craniens et leur interprétation psychopathologique. *Annales médico-psychologiques*, t. 2, n° 5, déc. 1935, 745-759.

GREENBLATT LEVIN and DI CORI. — E.E.G. associated with chronic alcoolism, alcoholic psychoses, and alcoholic convulsions. *Archives neuro-psychiat.*, 52, p. 290, 1944.

GUTTMANN (E.). — Les récents progrès de la psychiatrie. Aspects psychiatriques des blessures de la tête. *S. Ment. Sc.*, janv. 1944, 90, 328-350.

GAVRILOVA et KORRINA. — Caractères de l'électro-encéphalogramme dans le syndrome de Korsakow. *Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie*, Moscou, t. 57, fasc. 3, p. 370-375.

HOCH, KUBIS. — E.E.G. Studies in organic psychosis. *The Amer. J. of Psych.*, 98, p. 404, 1941.

ISRAËL, DANY, GEISMANN. — Présentation de quelques cas de syndromes de Korsakow post-taumatiques. Réunion psychiatrique de Strasbourg, Nancy, 7 mai 1955 (résumé in *Semaine des hôpitaux*, 2e sem., 1955, p. 2867).

KALBERLAH (F.). — Ueber die acute Commotionspsychose, zugleich ein Beitrag zur Actiologie. des Korsakonschen Symptomenkomplex. *Arch. f. Psych.*, 1904, 38.

KAMMERER (Th.). — Pseudo-syndrome de Korsakow après traumatisme cranio-cérébral. *Strasbourg médical*, suppl. 1, 1950.

KLEIST (K.). — *Gehirnpathologie*, Barth. édit., Leipzig, 1934, p. 1318.

KORSAKOW. — De la paralysie alcoolique. *Thèse*, Moscou, 1887.

— Troubles mentaux dans la paralysie alcoolique et son rapport avec le dérangement de la sphère psychique dans la névrite multiple d'origine non alcoolique. *Mon. russe de la psychiat. et de la neuropathol.*, 1887, IV, 2.

— Quelques cas de cérébropathies particulières dans la névrite multiple. *Gazette clinique hebdomadaire russe*, 1889, n° 13, 3, 18.

— Sur une forme de maladie mentale combinée avec la névrite multiple dégénérative. *Congrès intern. de méd.*, Paris, 1889.

— Sur une forme des maladies de la mémoire. *Revue philos.*, 1889, n° 11.

— Sur la symptomatologie de la forme polynévritique des psychoses post-typhoïdiques. Recueil russe d'articles sur la neuropathologie et la psychiatrie, Moscou, 1890 (en collaboration avec Serbsky, *Arch. f. Psych.*, 22, 1, 1890).

— Sur une forme spéciale de troubles psychiques combinée à la névrite multiple. Psychose polynévritique et cérébropathie toxémique. *Allgern. Zeitsch. f. Psychiat.*, 46, 1891, 4. *Archiv. f. Psychiat.*, 30, 3, 1890-1891. *Archiv. de neurologie*, 1890, 2, 73.

— Faux souvenirs (pseudo-réminiscences de la psychose polynévritique). *Allgern. Zeitsch. f. Psychiat.*, 57, 1891, 3-4.

KOZOL (H. L.). — Pretraumatic personality and psychiatric sequelac of head injury. *Archives of Neuro. and Psychiat.*, 1945, p. 358-364.

KRÆPELIN. — *Psychiatrie clinique*. Traduction française, 2e édit., 1907, p. 324.

Le Huche. — Traumatisme cranien et psychose de Korsakoff. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie,* 1920, 7, 316.

— Contribution à l'étude clinique et médico-légale de la psychose de Korsakoff post-traumatique. *Thèse méd.,* Paris, 1920.

Malamud et Skillicorn. — Relation-ship between the Wernicke and the Korsakow syndroms. (a clinic pathologic study of seventy cases). *Archives of Neurology and Psychiatry,* vol. 76, 1956, p. 585.

Mamo. — Aperçu neuro-physiologique sur la formation réticulaire. *La presse médicale,* 1958, n° 15 du 22 février et n° 17 du 1er mars.

Masquin. — Les syndromes confusionnels dans les grands traumatismes craniens. *Thèse méd.,* Paris, 1931.

Meyer. — Korsakow'scher Symptomkomplex nach Gehirnerschütterung. *Neurol. Centralbl.,* 1904, 15, 710. Annalyse, in *Annales médico-psychologiques,* 9e série, 7, 308, 1908.

— Zur Klinik un Therapie des akuten post-traumatischen Psychosen. *Nervenartz,* 25, 11, 462, 1954.

Minski (L.). — Psychiatric sequels of head injury. *M. Press,* 213, 340-342, May 30, 1945.

Muller. — Vergleichende Klinische and hirnelektrische Unterschungen bei gedeckten traumatischen hirnschädigungen. *Nervenartz,* 25, 5, 186, 1954.

— Suur (H.). — Beitrag zur Frage des Korsakow syndroms und zur Analyse der amnestisch Strukturellen Demenz. *Arch. f. Psychiat.,* 1949, 181, 683.

Nyssen (R.). — Des capacités de définition et d'évocation des mots dans la psychose de Korsakoff alcoolique. *L'évolution psychiatrique,* 1956, n° 1, p. 303-316.

Pasturel et Quenouille. — De la confusion mentale traumatique. *L'encéphale,* 1909, n° 12, décembre (obs. 1 et 2).

Pavlowski, Kroll. — Sur les différentes formes de psychoses traumatiques. *Travaux de l'Académie psycho-neurologique ukrainienne,* vol. 5, p. 172-186, Edition médicale d'état de R.S.S., Ukraine, 1935.

Puech, Mallet. — Suites éloignées des traumas cérébraux. *L'encéphale,* 1946-1947, n° 5, p. 129 à 147.

Rowbotham, Macirer, Dickson, Bonsfield. — Analysis of 1400 cases of acute injury to the head. *Brit. Med. J.,* n° 4.864, 726, 1954.

Russel (W. R.), Nathan (P. W.). — Traumatic Amnesia. *Brain,* 69, 280, 1946.

— Amnesia following head injury. *Lancet,* 11, 762, 1935.

— Disability caused by brain wounds. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.,* 14, 1951.

Silk (S. A.). — Post traumatic psychoses. *M. Ann. District of Colombia,* 16, 432, 436, Any 1947.

Simeray (P.). — Contribution à l'étude des séquelles psychiques des commotions et des traumas cranio-cérébraux de guerre. *Thèse,* Paris, 1922.

Sutter. — Troubles de la mémoire. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* 37, 115, 10.

Symonds. — Concussion and contusion of the brain and their sequelae in Brock. *Injury of skull, brain, and spinal cord,* p. 65, Williams and Wilkins édit., Baltimore, 1943.

Trautmann (E.). — Ueber psychische Folgezustande nach Gelnintrauma. *Zsch. f. d. Ges. Neurol. u. Psychiatr.,* 93, 186, 1924.

Vallyo et Nagera. — Psychoses traumatiques. *Gac. Med. Españ.,* 20, 25-31 janvier 1945. *Id.,* 19, 506-510, novembre 1945.

Van der Horst (L.). — Le sens de la temporalisation pour la mémoire et pour l'orientation. *L'évolution psychiatrique,* 1956, fasc. 1, p. 189 à 205.

Voss (R.). — Das Psychische Kommotions Syndrom. *Nervenartz,* 25, 4, 155, 1953.

Walton. — The K. Syndrom in spontaneous subarachnoïd haemorrhagiae. *J. Ment. Sc.,* 1953, 99, 416, 521.

Wachsmuth. — Schussverletzung des Gehirns mit retrograder amnesie und unrichtiger Erganzung der Erünerungslücke. *Viertel Jahrsschr. f. Geriehtl. Med.,* Bd. 34, 311, 1907. Analyse, in *Ann. Hyg. Publ. et Méd. Lég.,* 4e série, 11, 274, 1909.

Wortis (S. B.), London et Horman. — Les troubles mentaux chez les malades atteints d'hématome sous-dural. *Ass. Research Publ. Nerv. Ment. Dis.,* 1945, 24, p. 274-282.

(*Travail du Service de Neurologie de l'Hôpital Sainte-Marguerite*)

LES STIMULATIONS MUSICALES AU COURS DE LA CURE DE SOMMEIL

Etude expérimentale et essai d'utilisation thérapeutique

par

H. FAURE, R. FRANCES et C. IGERT

« *Music Potentiating drugs* » : tel est le titre d'un rapport relativement récent, dû à I. M. Altshuler, neuro-psychiatre contemporain, qui depuis un long délai étudie aux Etats-Unis les effets thérapeutiques de la musique [1]. Le rapport que nous présenterons ici pourrait avoir le même titre : *La musique potentialise les médicaments.* Nous nous sommes en effet intéressés depuis plusieurs années à ce problème, dès les premières cures de sommeil collectives avec psychothérapie de groupe, organisées à l'Hôpital psychiatrique de Bonneval (Service du Dr H. Ey). Et, pour résumer en peu de mots l'essentiel de nos constatations, nous pourrions dire : *De même que le largactil potentialise l'action des hypnotiques, de même l'atmosphère collective favorise l'apparition des rêves ; et, plus encore, les stimulations musicales semblent favoriser la production de ceux-ci...*

Nous analyserons ici les protocoles de 12 séries de cures de sommeil collectives, qui ont groupé chacune 6 à 7 malades. Nos observations de cures de sommeil collectives s'étendent certes sur une gamme plus vaste. Mais nous n'avons délibérément retenu ici, pour en présenter le bilan, que les séries de traitements où nous avons pu appliquer à nos malades les stimulations musicales de façon analogue, standardisée, dans des conditions quasi-expérimentales (1).

(1) Voir à ce sujet les deux ouvrages de synthèse suivants (2) (3) : H. Faure. — *Cure de sommeil collective et psychothérapie de groupe,* Masson édit., Paris, 1958, 272 p. ; R. Frances. — *La perception de la musique,* J. Vrin édit., Paris, 1958, 360 p.

I. — Données préliminaires

Nous montrerons d'abord, par quelques exemples simples, que des corrélations globales peuvent être observées entre la « teneur affective » de certaines stimulations musicales et la « teneur affective » des rêves qui surviennent chez un dormeur lorsque celui-ci est sous l'emprise de ces stimulations.

Précisons — puisqu'aussi bien ceci ne correspond pas encore à un dépouillement systématique de nos observations, mais est exprimé là pour servir d'introduction — que les rêves que nous allons d'abord rapporter ont été recueillis lors de nos premiers essais de cures de sommeil sonorisées ; et que c'est l'aspect assez saisissant de certains de nos protocoles qui nous a incités à pousser plus loin nos recherches.

Nous opposerons essentiellement ici des observations qui illustrent les deux catégories de corrélations suivantes :

d'une part, apparition de rêves à charge *anxieuse* lorsqu'on impose au dormeur des stimulations musicales à tonalité *pénible ;*

d'autre part, apparition de rêves à charge *euphorique* lorsqu'on impose au dormeur des stimulations musicales à tonalité *agréable.*

Première catégorie de corrélations : a base d'anxiété.

Stimulation par : musique de Honegger : « Jeanne d'Arc au bûcher » ; introduction ; entrée du chœur. Musique sombre ; sentiment funèbre ou plutôt impression d'outre-tombe. Les chœurs (hommes, puis femmes), dont les paroles latines sont insaisissables, semblent être ceux des trépassés.

Voici quelques rêves obtenus pendant cette sonorisation :

Le rêve de crucifixion : « J'étais dans un hôpital psychiatrique, où il y avait de très grands malades. Ils faisaient de la peinture. On n'épargnait ni le matériel ni la peinture... Ils avaient comme modèle de petites cartes postales représentant la crucifixion du Christ... Et pour étudier de plus près l'anatomie, on avait crucifié un malade... C'était horrible... Comme rien ne m'était épargné, je me voyais, écrasant des jaunes d'œufs sur les cuisses du crucifié pour avoir une coloration plus intense pour le dessin et aviver mon tableau... »

Le rêve des échelles dressées : « Je croyais être couchée chez moi, à la maison, dans ma chambre qui est au deuxième étage et qui donne sur le jardin... J'ai entendu des bruits et des conversations d'hommes qui tenaient un grand conciliabule, puis j'ai entendu des ouvriers qui dressaient des échelles le long des murs, je croyais qu'ils allaient entrer, ça m'a fait très peur... »

Le rêve de déportation : « La maison, c'est-à-dire l'hôpital, ne devait plus rester un hôpital ; on nous expédiait dans un camp de concentration en Allemagne. Nous devions aller en convoi par camions. Je me suis réveillée en sursaut. »

Mentisme concernant le frère condamné à mort (1) : « J'ai entendu la musique en m'endormant. Elle m'a été très pénible. Elle m'empêchait de trouver le sommeil... Ça me faisait penser à l'arrestation de mon frère par les Allemands... Je revoyais aussi le moment où ils m'ont arrêtée moi-même quelques jours après... Ils m'ont amenée devant lui et m'ont dit qu'il venait d'être condamné à mort... Je ne l'ai plus revu pendant deux ans... Pendant tout le temps où j'étais dans mon camp de concentration... Je croyais qu'il était mort... Je me reprochais de n'avoir rien dit pour le sauver... Il avait été grâcié... »

Seconde catégorie de corrélations : a base d'euphorie.

Stimulation par : musique de Mozart : « Quatuor K 589 » ; Allegro ; Essai. Musique très vive, semblant un divertissement léger ; comportant des inductions motrices rappelant la danse ou une poursuite joyeuse ; évoquant des jeux enfantins ou des spectacles de marionnettes.

Voici quelques rêves typiques obtenus avec cette sonorisation :

Le rêve de la fête au pays : « C'était la fête du pays à... Bien sûr, il y avait des guirlandes partout, et tout un groupe de petites filles déguisées en rouge et jaune, uniquement ces deux couleurs ; elles dansaient dans la rue en formant une ronde... Et moi j'avais entre 8 et 12 ans, je les regardais par la fenêtre ; et une voix me disait : " Veux-tu aller dormir ! tu es en cure de sommeil "... »

Le rêve de Noël : « C'était beau !... Je montais un escalier qui arrivait je ne sais où, mais il y avait des lumières... Partout c'était Noël, les vitrines étaient éclairées exactement comme à Noël, c'était joli... »

Le rêve du chant sur les planches : « J'ai rêvé que je chantais " près de toi, mon chéri " ; j'étais sans doute sur les planches, car je crois qu'il y avait du monde autour de moi... »

Le rêve des heureuses félicitations : « Je travaillais dans un grand magasin comme vendeuse... Il y avait un inspecteur du travail qui passait. Il me félicitait, disant que je travaillais bien... J'étais con-

(1) Nous donnerons ici délibérément un exemple de *mentisme* et non de *rêve*. Non seulement, en effet, la musique est susceptible de s'intégrer à l'inconscient du dormeur (ce qui représente le terme ultime envisagé dans ce rapport), mais elle s'impose aussi évidemment aux différents degrés de vigilance occasionnés par la destructuration hypnique. Nous verrons plus loin que des images hypnagogiques et des paroxysmes ecmnésiques sont fréquemment occasionnés par la musique.

tente... Le magasin où je travaillais c'était " Au Printemps " et c'était aussi le printemps de la saison... »

Les exemples qui viennent d'être rapportés risquent, somme toute, d'apparaître au lecteur comme des illustrations d'un fait bien connu, simple et classique, presque banal : à savoir que des sons et des bruits peuvent être à la source des rêves. On se souvient du rêve de l'échafaud de Maury... [4].

Mais il faut bien prendre garde précisément de ne pas considérer une partition musicale comme une stimulation auditive « isolée », émanant du monde des objets connus et imposant un état représentatif quasi-perceptif. Au contraire, une partition musicale est une stimulation « globale » ; elle comporte intrinsèquement une composante « affective » ; elle est transcendante par rapport aux instruments et à la suite des notes qui la constituent. Bref, elle est un « gestalt » qui suggère un « état d'âme ».

En ce qui concerne les rêves « dus » aux partitions simplement auditives, nous pourrions nous-mêmes citer de nombreux exemples de cas au cours desquels des sons, des bruits, ont « déclenché » un rêve ou un cauchemar chez un de nos dormeurs : le ronflement d'un voisin, le tic-tac d'un métronome, le vent d'une bourrasque, le son des pas perçus à travers le plafond, les éclats de voix d'une dispute survenue sous les fenêtres de la salle de sommeil... Nous avons parfois « retrouvé » de façon indiscutable dans les rêves de nos malades ces inductions auditives plus ou moins travesties, plus ou moins doublées de contenu latent, plus ou moins chargées « d'affects ».

Mais ces expériences oniriques sont évidemment *d'un autre ordre* que celles qui sont occasionnées par une atmosphère musicale. Si nous voulions les opposer schématiquement — et abusivement sans doute —, mais ceci afin d'avoir une claire vue des deux hypothèses fondamentales au carrefour desquelles nous nous plaçons, nous dirions :

Les bruits ou les sons semblent susceptibles de fournir aux *rêves* certaines *images* (ultérieurement ou simultanément chargées d'émoi affectif).

La musique, elle, semble capable d'imposer au *rêveur* certains *sentiments* (ultérieurement ou simultanément transformés en thématique visuelle).

On comprendra dès lors à quelles importantes recherches, non seulement expérimentales, mais psychothérapeutiques, nous introduisent les quelques exemples rapportés plus haut qui rela-

tent des rêves où apparaissent certains liens entre la teneur affective d'une mélodie, et la teneur affective des contenus oniriques. L'enjeu d'une telle expérimentation est rien moins en effet que de savoir *si le thérapeute peut imposer à l'inconscient de l'homme endormi des émois affectifs* (variables selon la mélodie entendue), lesquels reviendront au thérapeute sous forme de trame onirique sur laquelle l'investigation analytique pourra électivement se porter.

Bref, il est question de préciser si l'on peut, par la musique, « dégager » du matériel onirique, dont les caractéristiques seraient d'une certaine façon dosées par le thérapeute, à condition que celui-ci soit libre d'imposer, au moment où il le veut, des stimulations musicales qu'il choisit.

Pour donner tout son poids à l'enjeu de cette étude, nous ferons ici référence aux recherches élaborées par Freud lui-même dès 1900 dans son livre sur la « Science des Rêves » [5] ; et notamment lorsqu'il envisage « les éléments et les sources du rêve » et « les états affectifs dans le rêve ».

Freud dit textuellement (p. 436) : « *Nous pouvons pendant notre sommeil être dominés par un sentiment, par un " état d'âme " ; cet état d'âme peut alors contribuer à déterminer le rêve...* »

Et Freud d'ajouter que le rêve peut parfois provenir soit « d'événements ou de dangers de la veille, soit d'une origine somatique », et que, dans les deux cas, le rêve sera accompagné de pensées correspondantes. « Le contenu représentatif de ces pensées sera conditionné, dans le premier cas, directement par l'état affectif en question, dans le second cas par la tendance affective qu'il faudra rattacher à l'état organique et expliquer par cet état... »

Freud précise par ailleurs : « Quand on compare les états affectifs des pensées du rêve avec ceux du rêve même, on constate ceci : là où un état affectif existe dans le rêve, on le retrouve également dans les pensées du rêve ; mais l'inverse n'est pas toujours vrai. » (p. 417) (1).

Débarrassons-nous d'abord de la 2e proposition, « l'inverse n'est pas toujours vrai ». Freud veut dire par là (c'est ce que tout son développement tend à prouver) que dans les rêves, lorsque

(1) En allemand : Wo sich im träume ein affect findet, da findet er nicht auch in den Traumgedanken, aber nicht umgekehrt.
Traduction littérale : « Lorsqu'un état affectif existe, on le retrouve dans les pensées du rêve. La réciproque n'est pas vraie. »

les pensées sembleraient devoir imposer tel état affectif, l'état affectif est souvent, en apparence, inadéquat [cf. : « Ce qui de tout temps a frappé, dans les rêves, c'est que des contenus représentatifs n'entraînent pas l'effet affectif auquel nous nous attendrions nécessairement si tout se passait à l'état de veille. » (p. 411)]. Et Freud de citer, entre autres exemples, le cas d'un malade qui en rêve aperçoit dans un désert trois lions et qui n'en a pas peur.

Revenons maintenant à la première proposition : « Là où un état affectif existe dans le rêve, on le retrouve également dans les pensées du rêve. »

Bien que cette phrase soit quelque peu obscure, nous croyons pouvoir dire qu'elle signifie ceci :

Quand un état affectif est latent dans la conscience du dormeur, ce dormeur rêve avec des pensées ou des images qui sont le reflet de cet état affectif.

Or, c'est précisément ceci que nos recherches sur les stimulations musicales tendent à montrer. On pourrait nous faire remarquer que ceci n'a pas besoin d'être précisé puisque Freud l'a énoncé comme dogme. Mais, justement, Freud n'a pas envisagé, de façon systématique, les effets de la musique sur les rêves. Il s'est intéressé surtout à analyser les répercussions que peuvent avoir, sur les rêves, les événements de la veille, et aussi les excitations somatiques auxquelles le dormeur peut être momentanément en proie. Mais la question du déclenchement du rêve par des stimulations sensorielles de type auditif ne vient dans ses textes que par allusions (citons, par exemple, son rêve « le Pape est mort », rêve induit par des sonneries de cloches entendues au plus profond de son sommeil, alors qu'il ne « voulait pas » se réveiller).

Exposons donc nos propres tentatives et la situation expérimentale dans laquelle nous nous sommes placés. Les hypothèses en sont les suivantes :

une stimulation musicale à contenu affectif « connu » étant imposée à un dormeur, on peut supposer qu'elle déclenchera en lui tel état affectif ;

le dormeur étant en proie à cet état affectif, on peut supposer qu'il rêvera selon un contenu manifeste adéquat par rapport à cet état affectif.

*
**

II. — Conditions d'expérimentation

Résumons en quelques mots les linéaments de notre recherche :

Est-il possible de trouver des corrélations significatives entre : d'une part, telle catégorie de stimulations musicales à tonalité affective précise ; d'autre part, telle catégorie de vécu onirique survenant lorsque l'individu est soumis à ces stimulations ?

A) *Recherche d'un élément d'induction « étalonné ».*

Un élément fondamental était nécessaire à l'objectivité de l'étude entreprise : l'utilisation de stimulations sonores qui soient, d'une certaine façon, « étalonnées ». Sinon, comment sortir de l'empirisme ou de la subjectivité selon laquelle quiconque peut réagir à sa façon vis-à-vis de n'importe quelle partition musicale ? En aucun cas, en effet, un expérimentateur ne peut être habilité à « décider » que les sujets testés « doivent rêver » de façon triste ou euphorique, par exemple, parce qu'il impose d'entendre une bande sonore qui lui semble euphorisante ou déprimante. Force était donc d'utiliser des bandes sonores dont les jugements affectifs que l'on peut porter sur elles étaient déjà, en quelque sorte, objectivement connus. Aussi avons-nous utilisé pour nos malades un matériel sonore qui avait été, auparavant, minutieusement étudié.

Nous ferons ici référence aux travaux de R. Francès, concernant *Le pouvoir évocateur de la musique* et *La perception de la musique* [6]. R. Francès, étudiant les thèmes représentatifs suggérés à l'état de veille par différentes phrases musicales, entendues par un nombre d'auditeurs statistiquement valable, est arrivé à sélectionner certains courts passages de musique à teneur affective très contrastée, qui peuvent être utilisés comme stimulations de référence. Parmi ces bandes sonores à tonalité affective nettement déterminée, nous en avons choisi trois, et nous avons fait entendre chacun de ces trois extraits, à de multiples reprises, à nos malades, pendant leurs cures de sommeil.

Les trois stimulations musicales retenues ont été :

1° « Printemps », M. Ravel, « Daphnis et Cloé », *Lever du jour*, premières mesures. Sentiment général d'essor, d'éveil printanier, de joie, se développant progressivement. Quelques éléments sonores imitent le bruit des sources et le chant des oiseaux.

2° « Poursuite », B. Bartok, suite « En plein air », *La Pour-*

suite, premières mesures. Solo de piano commençant par une mise en train et une accélération progressives du mouvement. Opposition d'un fond tumultueux et d'une figure obstinée, percutante, faite de notes répétées avec des groupes rythmiques capricieux. Sentiment général : obsession, inductions motrices désordonnées, fébriles ; fuite, panique, désintégration mentale ou motrice.

3° « Nocturne », M. Ravel, « Daphnis et Cloé », *Nocturne,* premières mesures. Fond orchestral très ténu et imprécis, sur lequel se détachent des solos d'instruments à vent (successivement flûte, clarinette, cor anglais) ; phrases souples, lentes avec quelques traits ornementaux. Impression générale de mystère (nuit) sans élément angoissant ; ou de paix dans un contexte naturel agréable et silencieux.

Ces extraits, présentés à des sujets normaux éveillés, avaient suggéré des évocations qui se rangent selon les thèmes suivants :

1° *a*) éveil de la nature ; matin ou printemps ; éveil de la joie ;
b) plus spécialement ruisseau ou rivage dans un paysage riant ;
c) plus généralement paysage agréable, riant.

2° *a*) activité haletante, vie mécanisée dans la cité contemporaine ;
b) danse ou combat de peuplades primitives ;
c) mouvement de choses ou de pensées impliquant le déchaînement, la précipitation.

3° *a*) nature riante, paysage sylvestre, solitude sereine de la nature ;
b) repos, nonchalance, pâtre ou danseuse alanguis ;
c) impression d'Orient, sortilège.

Utilisant un tel matériel *a priori* connu, la comparaison des protocoles des rêves obtenus chez nos malades, et des protocoles obtenus auprès de sujets éveillés, nous a permis d'étudier si l'inconscient du rêveur réagissait à la musique de la même façon que le conscient du sujet éveillé. C'est évidemment le fait d'avoir pu ainsi établir cette comparaison sur des bases quasi-expérimentales qui confère à notre rapport l'essentiel de son originalité.

B) *Réserves concernant les résultats obtenus chez les sujets endormis.*

Cette tentative d'objectivité vis-à-vis des phénomènes complexes de l'onirisme appelle les réserves et précisions méthodologiques suivantes :

En ce qui concerne la stimulation musicale : Il est entendu que les extraits musicaux ont toujours été appliqués de la même façon, dans les mêmes conditions : chaque extrait a été diffusé à plusieurs reprises ; à intervalles réguliers (à l'endormissement, avant le réveil, et aussi au cours du sommeil) ; pendant plusieurs jours de suite. Cependant, on ne peut pas dire que ce stimulus ait été, en toute rigueur, « invariable ». Certes, chaque partition a toujours été présentée à l'exclusion de toute autre sonorisation, pendant chaque période de temps considérée. Mais il faut rappeler que notre cure de sommeil est une cure à souci principalement thérapeutique, où les malades sont soumis à des influences inter-individuelles affectives et sensorielles constantes et nombreuses. De plus, le malade n'est jamais seul. Notre expérimentation n'a donc rien de comparable avec des études de stimulus-réponse qui pourraient être menées dans une « Tour du Silence »... La musique n'y a constitué qu'une sorte de « toile de fond sonore » intermittente. De plus, dans l'appréciation des résultats (lorsque nous cherchons à retrouver dans les rêves de nos dormeurs le pouvoir évocateur de telle musique considérée), nous devons tenir compte du fait que, d'une tranche à l'autre de la cure, « l'imprégnation » musicale semble parfois persister : une stimulation sonore cessée depuis 48 heures, par exemple, peut rester latente dans la mémoire auditive d'un sujet, et interférer avec la stimulation musicale suivante.

En ce qui concerne l'interprétation des résultats : L'apparente clarté de notre schéma théorique de recherche (comparaison des états affectifs et des thèmes oniriques des dormeurs avec les élaborations des sujets normaux éveillés) est compromise par de multiples facteurs. Citons par exemple :

le fait de la bipolarité des idées du rêve, dont la signification est toujours clivée d'un contenu objectif et d'un contenu latent ;

le fait que le rêve — quelles que soient ses motivations — diminue partiellement la tension émotionnelle dont il est issu, de telle façon que, comme l'indique Freud, « l'élaboration du rêve aboutit à une réduction des états affectifs » [5] (p. 417) ;

le fait que parfois, au lieu de neutraliser les sentiments, ou de les laisser tels quels, l'élaboration du rêve peut encore « les transformer en leur contraire » (*id.*) (p. 421) ;

le fait que le rêveur — tout comme le « vaillant petit tailleur » du conte de Grimm dont parle Freud, qui avait appris à « se méfier » de ceux qui l'écoutaient dormir (*id.*) (p. 427) — parvient parfois plus ou moins consciemment à « corriger son rêve », compte tenu de l'investigation dont il se sait l'objet ;

le fait que le rêveur peut tout simplement ne pas se souvenir de son rêve ; et qu'il existe des relations très imprécises entre la « profondeur » du sommeil et les apports pharmacologiques, physiologiques ou psychologiques qui le provoquent ; entre l'intensité de l'excitation sensorielle et celle du rêve ; entre les facultés de mémorisation qui relient l'endormissement, le sommeil, l'éveil et l'état vigile complet...

Pour pallier ces multiples facteurs de dispersion des résultats, il suffirait peut-être, théoriquement, de considérer tout rêve comme une « unité » ; et de chercher, sur un très grand nombre de cas, combien de rêves ont une « teneur » qui renvoie, d'une façon ou d'une autre, à la stimulation musicale supposée inductrice.

Mais il faut encore se souvenir de l'immense disparité des rêves entre eux. Les uns sont fugaces, semblent avoir duré un très court instant, sont à peine mémorisés, sont évoqués en une phrase. D'autres sont longs, complexes ; comportent des étapes successives, des « stratifications symboliques » (selon le terme d'O. Rank) (*id.*) (p. 201) ; et de nombreuses altérations ou mutations de sentiments.

Bref, le qualitatif et le quantitatif semblent tellement s'opposer que l'on ne devrait peut-être même pas prétendre pouvoir chiffrer les constatations qui ont trait à ce domaine. Nous essayerons cependant de caractériser nos constatations de façon numérique, — dans la mesure du possible, et avec toutes les réserves que cela impose ; il nous semble en effet que des corrélations authentiques peuvent être décelées entre certains faits relevés dans nos observations, et ceci grâce au matériel standardisé qui a servi de base à notre étude.

III. — Résulats chiffrés

Notre essai d'analyse s'étend aux rêves de 77 malades, réparties en 12 groupes de cures de sommeil collectives. Toutes ces

cures de sommeil collectives ont duré environ trois semaines. Cependant, les dormeuses n'ont été soumises à des stimulations musicales systématiques que pendant neuf jours de leur traitement.

A chaque groupe, nous avons fait entendre, pendant trois jours consécutifs, d'abord la bande sonore « Printemps », puis « Poursuite », puis « Nocturne ».

Il va de soi que la sonorisation a été discontinue. Chaque bande sonore a été régulièrement émise (et plusieurs fois répétée), pendant un quart d'heure à chaque endormissement et avant chaque réveil. Elle a de plus été souvent répétée pendant les trois périodes de sommeil du matin, de l'après-midi et de la nuit.

Le total des rêves obtenus pendant ces 108 jours d'observation a été de plus de 550. (Exactement 585, pour autant que ceci puisse être chiffré, en fonction des protocoles qui en ont été relevés).

Sur ces 585 rêves :

406 nous sont apparus porteurs d'une tonalité affective et d'un contenu représentatif *typiques* ou *adéquats* par rapport aux caractéristiques de la mélodie.

77 présentaient des caractéristiques *neutres :* ni leur tonalité affective, ni leur contenu représentatif ne semblaient pouvoir être reliés aux incitations de la bande sonore.

102 présentaient des caractéristiques *inversées :* c'est-à-dire que leur tonalité affective et leur contenu représentatif paraissaient aller à l'inverse de ce qui était attendu.

Pour chacune des cures, la représentation graphique du nombre relatif des rêves neutres ou inversés a permis de déceler un schéma quasi-superposable.

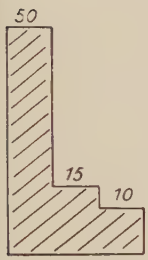
De ces graphiques, il ressort essentiellement que :

69 % des rêves ont un contenu affectif ou représentatif en harmonie avec la musique entendue ;

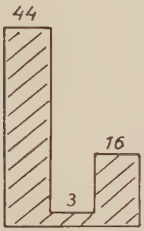
10 % des rêves n'ont pas de rapport décelable avec la musique entendue ;

17 % des rêves semblent une transposition inversée des stimulations musicales entendues.

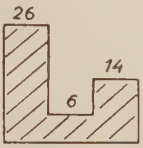
Pour chaque cure
nombre de rêves adéquats (*1re colonne*), *neutres* (*2e colonne*)
ou inversés (*3e colonne*)



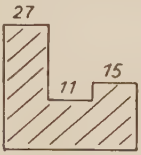
Juillet 1956
(6 malades)



Août 1956
(7)

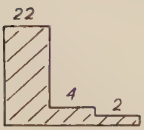


Septembre 1956
(5)

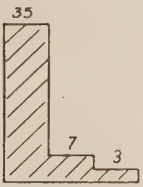


Octobre 1956
(7)

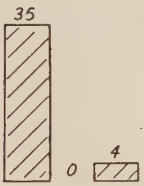
Novembre 1956
(6)



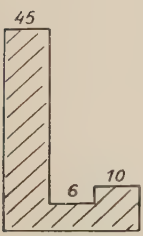
Décembre 1956
(6)



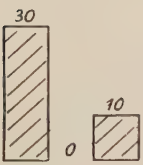
Avril 1957
(7)



Mai 1957
(6)

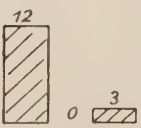


Juin 1957
(6)



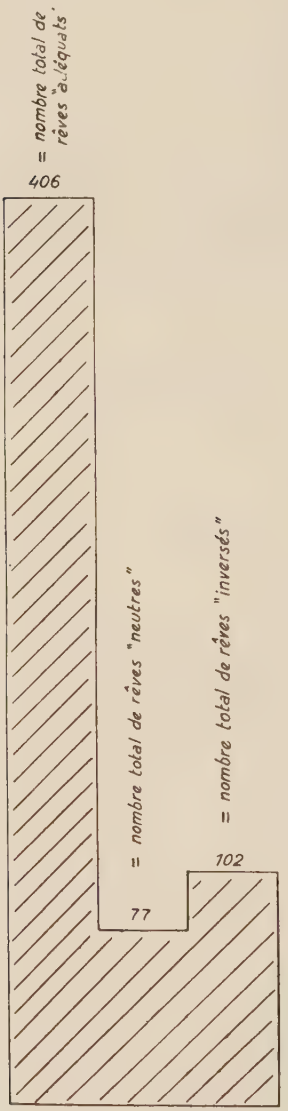
Septemb. 1957
(7)

Octobre 1957
(7)

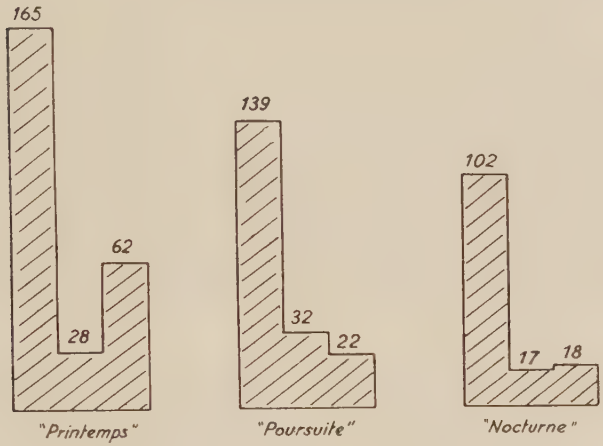


Janvier 1958
(7)

Pour l'ensemble des 12 cures
nombre total de rêves adéquats, *neutres ou* inversés



Pour chacune des stimulations
nombre de rêves adéquats (*1re colonne*), *neutres* (*2e colonne*)
ou inversés (*3e colonne*)



Analysons maintenant nos résultats selon qu'il s'agissait de rêves obtenus au cours de l'émission de l'une ou l'autre des trois bandes sonores.

A la stimulation par la mélodie « Le Printemps », les dormeurs ont « répondu » par :

165 rêves typiques ou adéquats ;
28 rêves neutres ;
62 rêves à teneur inversée.

A la stimulation par la mélodie « La Poursuite », les dormeurs ont « répondu » par :

139 rêves typiques ou adéquats ;
32 rêves neutres ;
22 rêves à teneur inversée.

A la stimulation par la mélodie « Nocturne », les dormeurs ont « répondu » par :

102 rêves typiques ou adéquats ;
17 rêves neutres ;
18 rêves à teneur inversée.

Les trois graphiques de cette catégorisation seraient eux aussi superposables aux schémas précédents.

IV. — Protocoles de rêves typiques

Nous donnerons ici une vue d'ensemble des « rêves typiques » qui illustrent au mieux les effets des trois stimulations successives : « Printemps », « Poursuite », « Nocturne ».

A) *Stimulation par bande sonore dite « Printemps ».*

Parmi les différents rêves où nous avons cru retrouver les inductions de cette bande sonore, les uns contenaient typiquement des associations d'idées données par des sujets normaux éveillés ; d'autres comportaient des imageries plus ou moins disparates, mais qui cependant allaient « dans le sens » de la stimulation musicale imposée. Les principaux thèmes de ces rêves ont été les suivants :

a) *Paysages agréables, riants ; ruisseaux, rivages ; éveil de la nature*
Exemples :

« Je voyais mille et mille fleurs blanches... On me disait : Ça porte bonheur... »

« J'étais dans une pièce où il y avait des vases pleins de fleurs magnifiques... »

« C'était une maison dans la vallée..., elle était verte..., c'était tellement joli..., quelle joie !... Et en plus il y avait une niche avec un chien qui m'attendait..., mais un chien d'une race inimaginable !... »

« J'étais dans une voiture avec d'autres personnes, nous étions debout, nous passions devant un beffroi, c'était tout blanc, il y avait des arcades, c'était brillant, je voulais revenir par là tellement c'était beau... il me semble qu'il y avait de l'eau qui coulait dans les arcades... »

« Nous sommes partis dans une auberge qui était très jolie, rustique, avec un très beau jardin... et cette auberge s'appelle " La sonate à Kreutzer ". Mon mari a disparu pour aller faire des photographies..., je suis restée avec mon jeune beau-frère et j'ai mangé une quantité effroyable de tartes aux champignons..., j'en mangeais, j'en mangeais... »

« On couchera dans la tente..., dès qu'il fera beau..., du soleil..., demain..., puis après-demain... On partira avec notre voiture, surtout qu'elle est neuve... L'année dernière on est allé à Nice... Cette année on ira peut-être en Belgique... Où va-t-on l'année prochaine ? Je ne veux pas aller en mobylette, j'aime mieux mon auto..., elle est plus belle... J'aime bien manger au bord de l'eau..., puis on pêche... Moi j'aime bien ça... »

b) *Essor amoureux ou érotique ; toilette agréable ou provocante*

Exemples :

« Une jeune femme que je connaissais se mariait... C'était avec le mari qu'elle a en ce moment... Je faisais le lit, il était tout blanc... Et je me disais : si elle ne veut pas se marier avec lui, moi je me marierai avec... »

« J'étais au bal avec des jeunes filles et des jeunes gens... Puis j'avais reçu une lettre d'un jeune homme... La lettre était écrite au crayon bleu et l'enveloppe au crayon rouge, et près du timbre c'était mis : je t'aime. Mon père était heureux que j'ai reçu cette lettre, et moi aussi !

« J'étais avec mon mari, je voulais passer une ligne de chemin de fer et des fils de fer barbelés... Je me retroussai devant un tas de gens qui étaient là, c'était surtout pour aguicher les hommes qui étaient là... »

« J'étais chez moi à faire le ménage... J'ai trouvé des toiles d'araignée et après j'ai acheté un corsage où j'ai gagné 30 fr. de réduction dessus parce que c'était un nouveau modèle pour que je lance la mode. Ma mère était contente mais mon père me disait : tu en as pourtant assez de corsages !... »

« J'étais comme bonne à tout faire chez un docteur... J'avais 16 ou 17 ans, le docteur avait décidé que je ne serais plus sa bonne mais que j'ouvrirais la porte aux clients... Il m'emmenait dans sa belle voiture Régence crème, nous allions voir l'heure des trains car je voulais rentrer chez mes parents tous les soirs..., mais je ne suis pas restée chez le docteur... Il voulait faire de moi sa maîtresse, alors je suis partie... »

c) *Aisance matérielle, fécondité ; succès, réussite, satisfaction*

Exemples :

« C'était la moisson..., très abondante... J'étais au milieu des ouvriers de mon mari... On avait réussi à en trouver, c'était un de nos soucis... Nous avions la machine-lieuse, celle que nous désirons acheter, et j'étais heureuse ! Je sautais en chantonnant, et il restait encore de la moisson, et j'étais si heureuse ! »

« Je tirais les vaches... Tout allait bien... J'avais tout ce qu'il me fallait, seau, passoire, etc... J'étais contente parce que ma patronne me plaisait bien... »

« J'étais en train de ramasser des champignons et des pommes dans mon pré, et il y en avait de superbes... »

« Je semais des graines de toutes sortes, notamment des pensées ; je faisais cela dans les champs et à mesure que je faisais les rangs, en me retournant je voyais mes pensées qui levaient, c'était des fleurs tout de suite... »

« J'étais chez moi dans les champs... J'ai arraché des haricots toute

l'après-midi..., fait du cidre et de l'eau-de-vie... J'étais si bien chez moi !... Tout marchait à merveille... »

« Je travaillais dans une maternité... Il y avait plein d'enfants habillés de rose ; et ils suçaient tous leur pouce... Il y avait des rubans roses à tous les lits... »

B) *Stimulation par bande sonore dite « Poursuite ».*

Mêmes réserves que pour la bande sonore précédente.

Les principaux thèmes des rêves typiques entrent dans les catégories suivantes :

a) *Poursuite, fuite éperdue ; rencontre obligatoire ou interdite ; encerclement, agression*

Exemples :

« Je courais sur un pont... Un vieux bonhomme était à ma poursuite... J'avais environ 10 ans. »

« Un bohémien me poursuivait avec un couteau... Je n'étais pas seule, peut-être avec ma cousine, j'avais très peur, je fuyais... »

« J'étais dans une maison avec mon petit garçon ; et d'un seul coup un gros serpent jaune est apparu... Nous avions très peur, mais comme il y avait une paire de ciseaux, je l'ai coupé en deux... »

« J'étais guérie et je retournais travailler à l'atelier... avec mon patron qui est assez coureur... bien qu'il ne soit pas déplacé avec ses ouvrières. Je couchais avec lui, mais j'avais peur que mon mari le sache... Ça se passait dans l'atelier, où nous étions seuls, mais j'avais peur... »

« J'étais chez moi... Une amie venait me voir en mobylette, elle avait rendez-vous avec un amant. Sur ces entrefaites, une autre dame à moitié paralysée, marchant avec des béquilles, venait aussi... La première s'est cachée dans les chambres. On est allé faire le tour du jardin avec l'autre avant qu'elle parte... Puis celle qui était cachée a pu sortir des chambres... Je lui ai dit : il n'y a pas eu de pétard, personne n'a vu la mobylette. Mais à ce moment quelqu'un sonnait, j'allai ouvrir... »

« On m'avait enfermée dans une maison, comme dans une prison... J'étais à la police judiciaire... J'aurais voulu avoir un prêtre ou avoir sa protection... Je voulais voir mon papa... »

« C'était une jeune fille, les boches l'avaient attachée pour l'opérer de l'appendicite sans l'endormir et il y en avait qui assistaient à l'opération, et ceux qui ne voulaient pas ils recevaient des coups de cravache dans le dos... »

« Deux ouvriers allaient se faire embaucher... Mais quand ils arrivaient c'était la grève, personne ne voulait travailler... Il y avait toute une organisation pour que personne ne puisse monter sur les écha-

faudages ; et ceux qui essayaient se faisaient pincer les doigts et écraser... J'avais aussi l'impression d'une benne qui se balançait en l'air d'un point à un autre, et ils se faisaient écraser, car ils travaillaient... »

b) *Voyages comportant anomalies, panne, accidents, perte du chemin, but impossible, rendez-vous manqué*

Exemples :

« Je faisais de la mobylette pour la première fois... J'étais avec mon frère. Il était en mobylette aussi... Mais il y avait une grosse planche, et il fallait passer sur l'eau... »

« Je rêvais un gros monsieur qui devait être coiffeur ou fourreur... Nous devions, un jeune homme et moi, passer en voiture sur un pont au-dessus d'une rivière avec un petit chien qui était chargé de provoquer un accident... Il n'y avait que le jeune homme et moi qui le sachions en sautant dans l'eau... »

« On devait aller au théâtre avec mon mari ; des voisins venaient nous chercher en voiture... C'était une vieille guimbarde... Je me suis aperçue que j'avais oublié mes gants... Au théâtre on était debout, il n'y avait plus de sièges... »

« Je partais en moto avec mon fiancé..., un jeune homme que j'ai fréquenté il y a longtemps... Il y avait un bal... Nous descendions de moto pour aller danser... C'était un baraquement mais cela n'ouvrait qu'à 4 heures de l'après-midi... En attendant, on y vendait de la morue... J'étais mal vêtue : un grand décolleté, une jupe noire déchirée... Je courais vite chez maman changer de robe. Je revenais au bal..., mais je ne m'occupais plus du fiancé, car je dansais avec des aviateurs... »

« J'allais livrer de la marchandise, envoyée par mon patron. Pour revenir, impossible de retrouver mon chemin... Alors je me suis mise dans un hangar ; je croyais que c'était la route... Mais tout au contraire... Voilà le garagiste qui se met à m'enfermer dans son garage... Alors je me suis mise à faire des frites... »

« J'allais prendre le train avec mon mari (en fait décédé) ; je marchais sans bâton (en fait, elle souffre d'une paraplégie hystérique évoluant depuis plusieurs années) ; mon mari avait un pull déchiré... On se dépêchait, je courais, je courais... Nous sommes arrivés à la gare mais le train était parti... »

« Je prenais le métro pour la Bastille et je m'étais renseignée à des hommes qui avaient une longue barbe et étaient laids, affreux... Ils me disaient : dépêchez-vous ! c'est le dernier métro ! et je me disais : je vais à mon travail, je n'arriverai jamais à l'heure, il est déjà 8 heures... Je courais, je courais... J'étais malheureuse comme tout... »

« Je devais aller à l'école... J'arrivais en retard... J'avais vu une

boutique avec des bijoux..., des boucles d'oreilles. Je voulais m'en acheter une paire, mais je me disais : je n'ai pas le temps, je suis en retard... »

c) *Perte d'objet ; situation de pénurie, de deuil ; maison délabrée, vêtements abîmés*

Exemples :

« Sur la route il y avait un coq écrasé... Maman disait : on ne va pas le laisser perdre... J'ai rêvé aussi qu'il y avait une cane avec des petits canards, il faisait chaud, les petits ont crevé ; et aussi quand j'ai été donner à manger à mes lapins, je me suis aperçue qu'il y en avait plusieurs de crevés... »

« Il s'agissait d'une machine à coudre... J'allais réclamer chez les différents membres de ma famille... Il fallait absolument que je l'obtienne et j'étais partout fort mal reçue. Je n'entrais pas... Je demandais sur le pas de la porte et on me répondait : oh non, non, non, c'est inutile !... »

« C'était très compliqué... C'était sans doute pendant la guerre, car il fallait des tickets pour tout, même pour mon appartement. J'avais quatre pièces, les gens trouvaient que c'était trop pour trois personnes, sans tickets, on allait me réquisitionner. J'avais perdu ma fille et mon mari, mais ils n'étaient pas morts, simplement je ne savais pas ce qu'ils étaient devenus. Ils étaient partis. J'ai cessé de crier, d'appeler mon mari quand les gardes ont passé. Je ne les ai pas retrouvés... »

« C'était la maison de mon cousin... Tout était délabré, mon frère disait : on va essayer de rester... »

« J'étais dans une maison avec une vieille cuisinière qui marchait mal... Mes grands-parents qui m'ont élevée voulaient tout casser et m'embêtaient..., voulaient tout salir ce que j'avais fait... Il y avait aussi ma tante... Elle prenait ma cuisine pour sa cuisine et tout me salir... Après je suis sortie dehors, il y avait des cousins et cousines que je ne vois pas souvent, ils voulaient me battre, alors je me suis réveillée... »

« J'avais une belle robe longue bleue qu'une amie m'avait prêtée... C'était pour aller à une noce... Mais cette robe avait besoin de recoudre... Elle était trop longue, les manches et les poignets trop larges... Il fallait faire des retouches, mais on ne pouvait les faire car la machine était en panne... La machine appartenait à la mère de la mariée... »

d) *Relations affectives perturbées, disputes ; impression de maladie physique ou d'emprise sur la personnalité morale*

« J'étais chez mes parents, je me disputais avec mon père ; alors je suis partie en colère pour me placer mais j'étais indécise, car

j'étais en longue maladie ; j'allai voir mon ancien patron, qui m'a dit : je n'ai pas le temps de vous recevoir, revenez vendredi. Vendredi je ne retournais pas car je rendais des vers par la bouche et je ne voyais pas la fin des vers... »

« Mes parents voulaient que je fréquente un jeune homme riche et j'ai eu de lui un enfant que je mis en nourrice, car je ne voulais pas me marier avec lui ; j'aimais de tout mon cœur un autre jeune homme, mais qui était pauvre... Mes parents voulaient que je me marie avec le riche mais je tenais tête à mes parents malgré l'enfant. »

« J'ai rêvé que mon père avait tué un homme (un client de la maison que je connais, il a une jambe de bois, 50 ans) ; comme nous sommes dans un commerce de café, nous avons des clients très excités, surtout un que j'ai toujours connu et qui, lorsqu'il est ivre, est mis à la porte par mon père. Alors cette fois-ci mon père l'a tué d'un coup de carabine. Je voyais des lambeaux de chair, mon père était auprès de moi, je hurlais. »

« J'avais deux enfants qui étaient tout petits, et sales, et tout nus. Nous habitions une cour qui était pleine de saletés. En arrivant, mon mari rouspétait car la soupe n'était pas faite et moi je disais qu'il ne fallait pas mettre de carottes, car c'était trop long à cuire... »

« Je fréquentais un jeune homme qui était un camarade de mon mari. Je l'aimais. Mon père me disputait car il ne voulait pas entendre parler de ce jeune homme. Je dis à mon père : je vais chercher une chambre en ville... J'allais avec un balai et un seau à la main nettoyer la chambre. Mais je changeai d'avis car j'étais malade des poumons, ce qui passa... Mais après je partais dans une maison où l'on soigne la tête et les nerfs... »

« J'avais la pelade, je perdais tous mes cheveux... »

« J'avais un amant, deux docteurs voulaient me le faire dire, ils me faisaient une piqûre de pentothal... Mais j'étais gênée ; j'étais allongée dans une vitrine à l'étalage !... J'avais peur que tout le monde me voie de la rue... Un des docteurs s'en est aperçu et ils m'ont emmenée dans leur voiture... Quand je me suis réveillée, il y en avait un qui m'emmenait dans un magasin acheter une machine à laver en bois... »

C) *Stimulations par bande sonore dite « Nocturne ».*

Mêmes réserves que pour les bandes sonores précédentes.

Les principaux thèmes des rêves typiques entrent dans les catégories suivantes :

a) *Rendez-vous nocturnes, situations troubles*

Exemples :

« J'étais attirée dans un guet-apens par une femme qui voulait me donner son mari comme amant. C'était dans une cabane entourée de

gros tas de neige, et là je devins sa maîtresse. La femme revenait chercher son mari en me disant des sottises. Et le mari partait dans un camion, un genre de gros tank... »

« C'est une famille qui émigre pour trouver du travail. Elle se trouve à la nuit au bord d'une rivière et le père de famille juge qu'ils pourront loger le soir tous au bord de la rivière, dans une espèce de guinguette... Le patron et les garçons jetaient par-dessous leur épaule de grands demis de bière et nous en recevions aussi... Malgré l'abord trop sympathique, nous décidons de coucher là pour la nuit... Puis est arrivé un espèce d'apache, ce qui m'a fait réveiller... »

« Il y avait une jeune fille en grande robe bleue sur un trottoir. Elle avait l'air séduisant, tout à fait la poule de trottoir ; elle me faisait de beaux sourires, j'ai eu peur et je me suis sauvée... »

« Un air américain revenait sans cesse, il était rythmé comme une marche et ça finissait par « my darling », je crois que ça veut dire ma chérie ; et ainsi, sans arrêt dans mon rêve, il me semble que je savais toute la chanson en américain... »

b) *Sortilège, énigme, étonnement, endormissement*

Exemples :

« Mon mari roulait en scooter ; il avait été pris en prison car il avait renversé un motocycliste... Il fallait que je monte dans sa cellule au 3e étage, en utilisant un tapis roulant... Je ne voulais pas prendre les marches de ce tapis roulant, mais le gardien de prison décida que je devais prendre le tapis roulant... »

« J'ai vu des gens qui étaient en train de manger dans une maison... Au lieu de s'éclairer de l'intérieur de la maison, c'étaient des bougies qui éclairaient l'extérieur... »

« J'étais dans le grand magasin où je suis vendeuse ; je voulais un jupon, puis il y avait un monsieur avec une barbiche, il paraissait sévère. Je descendais à la parfumerie ; au lieu d'être dans un sens, elle était en travers... »

« Il y avait des gens rassemblés sur une place... Je ne sais pas pourquoi, mais je crois qu'on faisait couler de l'eau et c'était la nuit. A un moment, une vieille femme m'a insultée sans que je sache pourquoi... J'étais avec papa et mon oncle, et d'un seul coup ils sont partis se promener dans la nuit et j'étais avec maman. Nous sommes restés encore un peu puis nous sommes rentrés à la maison... »

« Je me trouvais à la maison et, encore une fois, tout était modifié... Il y avait les peintres et les électriciens pour les transformations. Je suis passée dans l'actuel salon d'attente qui était devenu un salon magnifique, et je faisais les derniers points à un coussin pour en terminer l'installation... »

« Toute la cure partait à la noce... Je ne pouvais pas y aller car j'étais trop endormie... On m'avait mis deux choses pour dormir...

Des enfants idiots voulaient me tirer les jambes et les cheveux... Une dame m'a soulevée et on m'a mis dans un lit pour dormir... »

V. — Protocoles d'observations complètes

Nous rapporterons ici les protocoles complets des rêves de trois malades d'une même cure, tels qu'ils ont été notés pendant les délais de stimulation par les bandes « Printemps », « Poursuite », « Nocturne » ; ceci afin de montrer, sur le vif, la juxtaposition du grand nombre de rêves typiques, et du moindre nombre de rêves neutres ou inversés.

Première observation.

Jeune fille de 16 ans présentant une structure à type de névrose d'angoisse avec tic d'aboiement et crises névropathiques compromettant gravement l'adaptation en apprentissage professionnel.

A) *Stimulation par la bande sonore « Printemps »* (début au 7e jour de la cure).

8e jour.

A rêvé : « J'étais au collège... Je couvrais des livres avec du papier bleu... J'avais fait dix problèmes, et ils étaient tous bons !... » (rêve typique ; euphorique).

A rêvé tout haut sans anxiété et sans se réveiller, semblant récapituler « la géographie... la récitation... les mathématiques... » (rêve neutre).

A rêvé : « J'étais à l'école d'apprentissage... J'étais en train de faire un pantalon bleu marine pour M. Moreau, le professeur de gymnastique... Ça allait bien, je n'avais plus que les boutons à coudre... » (rêve typique ; euphorique).

A rêvé : « J'étais toujours en train de faire un pantalon... J'en avais fini un... J'en commençais un autre pour la directrice... Je tenais à ce que ce soit bien fait... (rêve typique ; euphorique).

9e jour.

A rêvé : « J'étais fiancée avec un jeune homme un peu blond... Je descendais la route de Chartres avec deux valises... Il m'a aidée à les porter... Il m'a demandé mon adresse... Je la lui ai donnée... Il m'a donné la sienne quand je suis montée dans le train, il pleuvait... » (rêve typique ; euphorique).

A rêvé : « J'étais fiancée... Il s'appelait Claude... Il était venu en permission parce qu'il était militaire... » (rêve typique ; euphorique).

10e jour.

A rêvé : « J'étais encore fiancée... Il s'appelait Claude... » (rêve typique ; euphorique).

A rêvé tout haut qu'elle avait un bébé rose : elle lui faisait une belle robe blanche pour le baptême ; il fallait que Claude lui apporte deux boîtes de lait sur la table ; elle s'exclamait en parlant semble-t-il du bébé : « Comme elle est belle, Claudine... » (rêve typique ; euphorique).

B) *Stimulation par bande sonore « Poursuite ».*

11e jour.

A rêvé : « C'étaient nos voisins, Mme et M. Dupont, leur jeune fille et leurs petits-enfants. Ils vont cueillir des fleurs... Ils entrent dans la forêt... Il y a une grande allée au milieu. Des hommes arrivent, bruns avec des complets bleu marine ; ils veulent leur prendre les fleurs. M. Dupont se défend et leur flanque une gifle. Ils attaquent. Ils emmènent la jeune fille seule avec eux ; ils veulent lui prendre ses fleurs aussi, ils veulent l'embrasser... Ils veulent qu'elle se déshabille... Elle se débat... Elle fait une crise de nerfs... Elle envoie des coups partout à leur figure et de tous les côtés... Elle se sauve... Les autres restent seuls... Elle rejoint ses parents. Son père lui dit qu'elle a bien fait... » (rêve typique ; poursuite).

A rêvé : « Le docteur espagnol était à une table et il écrivait. On me faisait aussi des piqûres... » A rêvé tout haut : « Il est méchant le docteur, mais aussi il est gentil... » (rêve typique ; agression).

12e jour.

A rêvé tout haut qu'elle faisait à la main une jupe plissée démesurée, qui avait 2 m. 80 de tour !... Ne s'en rappelle pas. Par contre, se souvient que dans son rêve elle devait confectionner sans cesse des bavoirs... Cela l'exaspérait. Pour se dédommager, elle en a acheté un 70 franc, ce qui n'était pas cher ; puis s'est réveillée (rêve typique ; exaspération).

13e jour.

A rêvé tout haut : « Les bonshommes, je ne les aime pas ; je préfère les poissons (fait allusion au poisson rouge de l'aquarium), je peux le mettre dans ma poche. Je ne veux pas de bonhomme, il faut leur faire des pantalons, je préfère mon chien (rêve typique).

C) *Stimulation par bande sonore « Nocturne ».*

14e jour.

A rêvé : « Le docteur E... voulait m'acheter une chèvre — chez nous on en élève — il m'avait téléphoné et je devais l'emmener par

le train. Arrivée là il me dit : Vous allez voir le docteur F... pour qu'il vous dise si vous êtes moins nerveuse (rêve typique ; sortilège).

15e jour.

A rêvé : « Le docteur F... m'ayant demandé ce que je voulais faire car j'allais sortir, je lui ai dit que je voulais être infirmière dans l'établissement, mais qu'il devait m'apprendre à faire les piqûres parce que je ne savais pas les faire. » (rêve typique; transfert non déguisé).

16e, 17e, 18e jour : pas de rêve.

SECONDE OBSERVATION.

Malade de 25 ans ; mariée depuis 4 ans ; sans enfant ; présentant une grave anorexie mentale évoluant depuis l'âge de 18 ans (appartient au même groupe de cure de sommeil que la malade précédente).

A) *Stimulation par bande sonore « Printemps »* (début au 7e jour de la cure).

8e jour.

A rêvé : « J'étais à la mer. Elle était bleue... Un bleu magnifique... Il y avait une petite fille que l'on a exhibée devant une foule formidable... Elle nageait très bien... On faisait voir qu'il n'y avait pas de truquage car l'eau était froide... Elle se lançait d'un rocher pour plonger... Elle avait 10 à 12 ans... Elle était en maillot de bain d'une pièce. » (rêve typique très euphorique).

A rêvé : « Il y avait un petit garçon qui jouait du piano dans l'eau, il avait 8 à 9 ans peut-être... Il avait une petite culotte marron... Il jouait " Au clair de la lune "... » (rêve typique).

9e jour.

A rêvé : « J'étais midinette... J'habitais au 6e étage... Que ça me semblait long... Mais long... » (rêve inversé).

10e jour.

A rêvé : « J'assistais comme à une séance de cinéma... Ça avait rapport à un sabotage, à un déraillement... Un homme qui n'avait ni yeux, ni nez, ni bouche... Il avait des lunettes avec un entourage blanc... (ce symbolisme renvoie à la poupée-fleur)... Allait chez un fourreur commander un manteau de fourrure pour sa femme, d'une valeur de 1.060.000 fr... Il l'a laissée choisir car il ne voulait pas que cela ne lui convienne pas. » (rêve neutre).

A rêvé : « Il y avait une jeune femme vêtue d'une gabardine et d'un chapeau gris... Avec elle une adorable petite fille blonde... Elles menaient une vie normale toutes deux... Après... Elles n'avaient plus d'argent... La petite fille avait envie de gâteaux qu'on ne pouvait lui

acheter... Elles ont été s'asseoir dans un square. Là, une autre dame et une petite fille à l'air quelconque, pas jolies... La petite fille devait se rendre compte que la première n'était pas heureuse, elle a demandé si on pouvait aller les chercher... La dame de répondre : On a bien du mal à y arriver à deux, ce sera difficile à quatre... Puis finalement lui a dit : " Va les chercher quand même " » (rêve typique ; altruisme).

B) *Stimulation par bande sonore « Poursuite ».*

11e jour.

A rêvé : « J'assistais à une noce de campagne ; c'était surtout pour la photo du groupe... Je n'avais pas fait de toilette, j'avais mon tailleur gris habituel... Un petit garçon avec culotte de velours noir est venu me tirer par la manche et comme ça a bougé, la photo a été ratée. Alors on a fait une deuxième photo. Tout le groupe s'est placé sous un hangar où il y avait une grosse poutre... Alors j'étais en combinaison, une petite combinaison à fleurs, et tous les hommes étaient torses nus ; l'un d'eux s'arc-boutait sur la poutre pour faire saillir ses muscles, il tournait le dos au photographe et me regardait. La maison n'avait qu'un étage et l'escalier était au dehors ; il fallait monter en haut, et comme il avait tellement plu les marches étaient disloquées ; il a fallu une échelle pour monter au premier étage. » (rêve typique ; interdit).

12e jour.

A rêvé : « C'était comme si on faisait un voyage de noces, on allait au petit bonheur la chance... Mon mari était en smoking bleu nuit, moi j'avais une robe 3/4 en dentelle anglaise blanche sans bretelles... et une grande écharpe en taffetas bleu nuit également. On s'est arrêté dans un hall qui était rond et où il y avait des affiches ; on a dit Lancôme ça serait bien pour continuer notre voyage, alors on a pris une porte tournante qui était sur la gauche, et arrivé là, au lieu que ce soit un endroit d'où l'on s'en va, comme un hall de gare ou un aérodrome, c'était une boutique de parfums Lancôme... Il y avait un vendeur en blouse blanche ; pour ne pas nous trouver sots, nous avons demandé à choisir entre deux parfums qu'on nous a confiés. J'ai demandé à mon mari de verser des arrhes et cela a paru l'ennuyer parce que, sans doute, il n'avait pas beaucoup d'argent sur lui... » (rêve typique ; impossibilités).

13e jour.

A rêvé : « C'était une surprise-partie qui avait lieu dans la salle à manger de mes grands-parents. Il n'y avait pour ainsi dire que des filles, c'était une impression curieuse et nous étions inquiets car elle avait organisé cela sans prévenir mon frère ni moi, et chacun devait porter son ravitaillement... Il n'y avait qu'une grande table ovale pour tout meuble. Nous étions gênés. » (rêve typique ; inquiétude).

C) *Stimulation par bande sonore « Nocturne ».*

14e jour.

A rêvé : « Ceci se passait dans la salle à manger de mes grands-parents (avant le sinistre de la guerre). Il y avait un ancien piano d'occasion (que j'ai encore) ; maman m'avait offert un merveilleux piano dans un coquillage ; il était petit, il me semblait presque formidable de pouvoir jouer tous les morceaux sur un si petit clavier ; j'ai essayé, j'ai fait courir mes doigts et ça allait bien. Mon mari était derrière moi et c'était le bonheur vraiment complet ; il y avait une toute petite partition ; j'ai joué une valse de Chopin ; il était joli ce piano, magnifique, nacré. »

Maman a dit à mon frère : « Il y a aussi quelque chose pour toi, c'était un tableau de Renoir qui représentait une nymphe mi-couchée. mi-assise ; elle avait un petit oiseau sur le bras, plutôt gris-bleu, elle avait la jambe et la cuisse découvertes comme sur un tableau... Derrière elle un galant genre Henri IV avec des manchettes rouges et noires. Mon frère a enlevé au mur un morceau de papier crème pour mettre le tableau au mur ; il y avait des reflets de couleurs magnifiques. » (rêve typique ; nocturne).

« Je partis faire des livraisons. C'était des petits paquets, à peu près trois, dans du papier et ficelle ordinaire. En passant, je me suis arrêtée chez un luthier (chez qui on avait logé sitôt après la guerre) pour lui commander des verres à boire dont je n'avais pas du tout besoin ; la boutique suivante (qui existe réellement) avait un étalage grandiose de pains et de galettes ; après, la boutique de ma tante, je me suis arrêtée puis rentrée, elle avait fait un bel étalage de lampes de chevet roses, et pendant que j'étais là une petite voisine voulait acheter des assiettes de grandeur normale et qui avait apporté comme modèle un bouchon de carafe cassé crème, et ma tante voulait lui vendre des assiettes à dessert de la même teinte, et en définitive elle allait demander avis pour acheter des assiettes tout à fait modernes avec l'intérieur noir... » (rêve typique ; sortilège).

A rêvé : « Je me trouvais à la chasse aux papillons et hannetons. J'avais un filet pour les prendre et en plus il devait y avoir de la glu par terre, et quand les deux phalanges de leurs pattes étaient cassées, ils crevaient. » (rêve inversé).

A rêvé : « J'allais au marché, je marchandais des plants de poireaux, mais je n'en ai pas acheté. ». (rêve neutre).

17e jour.

A rêvé : « Dans la maison de mes parents, je montais l'escalier. Les marches avaient dû travailler avec l'humidité. Les marches avaient la forme d'un toit. Je me disais : "Je peux passer, je suis légère." J'étais inquiète au sujet de mon frère et de mon mari, vu qu'ils sont lourds. J'ai appelé mon frère par trois fois pour le prévenir ; il n'a

pas répondu, si bien que je suis restée au milieu de l'escalier ; j'ai appelé maman qui cousait en haut ; et c'est papa qui a dit : " Donne-leur une échelle. " (rêve typique ; sortilège).

A rêvé qu'elle était dans une salle d'hôpital où elle voyait une alignée de lits tout blancs (rêve neutre).

A rêvé qu'elle visitait une pièce où étaient les reliques de sainte Thérèse de Lisieux ; mais tout était disparate, il y avait aussi une photo de la sainte en bébé ou en enfant, beaucoup de photos d'elle en bébé et enfant... beaucoup, beaucoup de choses... Je me souviens mal lesquelles. J'étais avec un grand nombre de visiteurs, la salle était ronde... on passait devant un petit parapet pour qu'il n'y ait pas d'embouteillage (rêve neutre).

Troisième observation.

Malade de 24 ans ; mariée depuis 3 ans ; ayant présenté une bouffée confuso-onirique du *post-partum* à l'occasion de la naissance de son deuxième enfant.

A) *Stimulation par bande sonore « Printemps »* (début au 7e jour de la cure).

8e jour.

A rêvé que le docteur F... devait être tranquillisé désormais au sujet de ses idées concernant le médecin de médecine générale dont elle avait cru être aimée... et que la secte de persécuteurs dans laquelle elle croyait être enfermée, elle s'en fichait désormais... (rêve typique; satisfaction, liberté d'esprit recouvrée).

A rêvé : « C'était au sujet de mon départ de la cure de sommeil. J'étais très heureuse... Je ne voulais pas qu'on se casse la tête pour mon arrivée à la maison... Je voulais qu'on mange les pommes de terre du docteur... Il en a des quantités... Il a un jardinier formidable... Je me suis réveillée tellement j'avais faim... » (rêve typique ; euphorie).

A rêvé : « C'était mon futur mariage avec un petit garçon qui était brun, mignon... Tout allait si bien... J'étais heureuse... C'était mes premières amours... On préparait d'ailleurs mon départ de la cure de sommeil... » (rêve typique ; euphorie).

9e jour.

A rêvé : « J'ai vu mon fils, mon petit nouveau-né... C'est la première fois que je rêve à lui, je suis très contente... » (rêve typique ; euphorie).

« J'ai rêvé comme avant, le médecin que j'aidais lorsqu'il va en consultation m'a emmenée en voiture et nous déjeunions ensemble... Tout allait bien comme à l'habitude... » (rêve typique ; euphorie).

A rêvé : « On partait en moto, mon mari et moi... Sur une moto

neuve. On a rencontré un ami qui avait une vieille moto sans siège arrière... On partait dans une forêt magnifique... Une fille attendait... Notre ami l'a prise sur l'arrière de la moto pendant que nous continuions... Nous sommes allés à la fête... Cependant, nous n'en avions plus envie et nous n'avons rien gagné aux loteries... » (rêve typique ; paysage agréable).

A rêvé qu'elle était à la pêche avec une de ses compagnes de cure... « Moi-même et nos maris respectifs, à mesure que l'on prenait des poissons, nous les faisions frire... Ils étaient bons... On se régalait bien... » (rêve typique ; fécondité).

10e jour.

A rêvé : « J'avais tué dans l'eau un genre de sanglier... On lui voyait les côtes... C'était rouge et répugnant... On a mis ça au four comme un poulet... après l'avoir enroulé dans quelque chose qui ressemblait à de la crème à la vanille. Le mieux, c'est que c'était mon mariage... Il y avait des invités... C'était un deuxième mariage parce que j'avais des enfants... Je me mariais chaque fois que j'avais un enfant, le mari c'était mon beau-frère, cela ne me déplaisait pas, au contraire... » (rêve typique ; essor érotique).

B) *Stimulation par bande sonore « Poursuite ».*

11e jour.

A rêvé : « Je roulais de la farine jaune pour faire un pâté... » (rêve neutre).

« J'ai rêvé d'une femme qui avait un cancer sur le sein et qui me le montrait. J'ai été me promener avec cette femme qui avait un cancer dans un petit chemin ; il y avait trois bêtes qui étaient égorgées et pendues, dont une espèce de petit sanglier, un petit coq, et une bête plus petite, je ne sais pas quoi, tout cela était très désagréable... » (rêve typique).

A rêvé qu'elle recevait la communion avec trois de ses camarades et elle ne voyait que trois hosties. Cela se passait dans un couloir en plein air et le prêtre avait les cheveux en brosse. Tout ceci était très désorganisé et, à droite, il y avait quatre biftecks de pendus (rêve typique).

« J'étais en train de tricoter un petit paletot pour le chien d'une dame à qui je devais écrire. Le petit chien devait aller se balader, il était près d'un lavoir, et il était affreux... » (rêve typique).

A rêvé qu'elle accouchait d'un garçon mais ne peut rien évoquer de plus. (rêve neutre).

12e jour.

A rêvé de déguisements invraisemblables qui lui ont déplu. « Mon fils était déguisé en rouge avec des rayures jaunes à petits pois sur le côté... Il jouait dans le sable... Moi je me pavanais... J'étais habillée simplement, mais il y avait des tas de gens excentriques... Il y en

avait qui dansaient sur un petit cercle, c'était un vrai cirque... » (rêve typique).

C) *Stimulation par bande sonore « Nocturne ».*

14e jour.

A rêvé qu'elle était dans une pharmacie où il venait d'y avoir un méfait (vol ou autre chose). Personne n'y comprenait rien et elle était avec les gendarmes chargés de retrouver le coupable ; et ils se donnaient beaucoup de mal sans résultat. (rêve typique ; sortilège).

16e jour.

« J'ai rêvé que j'avais des talons hauts et que je promenais un grand landau où était sans doute ma fille dans un genre de nid d'abeilles en satin ; je la conduisais pour qu'elle joue en pleine nature au billard avec le garçon du docteur... Je l'ai laissée et je suis repartie... Sans doute pour me pavaner avec mes talons hauts... » (rêve typique ; toilette énigmatique).

18e jour.

A rêvé : « Je rencontrais des amies, deux vieilles filles qui me proposaient du travail. J'arrivais à la campagne où je rencontrais ma nouvelle patronne, pas très sympathique, qui me conduisait à mon futur travail. Déception, ce travail consistait à surveiller sans faire de travail manuel. Des machines tournaient... C'était en plein air... C'était pénible, et je travaillais cafardeusement. On avait cinq minutes de temps en temps pour se reposer... » (rêve inversé).

VI. — Le problème des rêves a teneur « inversée »

Nous examinerons, l'une après l'autre, chacune des deux questions suivantes :

La question des *mutations brusques* des sentiments et de l'imagerie d'un même rêve.

La question des rêves totalement « *inversés* » dès leur début, par rapport aux élaborations que l'on anticipait.

I. — *Les mutations brusques* de sentiments et d'imagerie.

Laissons de côté le problème le plus complexe : c'est-à-dire les discontinuités selon lesquelles le rêveur passe d'un tableau à un autre sans qu'il soit possible de saisir le lien associatif qui les relie ; à la façon d'une caméra, par exemple, qui, tout d'un coup, changerait de paysage et de scénario. Cette évolutivité apparemment anarchique des rêves a été considérée par Freud comme une des questions les plus difficilement pénétrables :

« Les significations successives du rêve offrent un problème

des plus épineux, mais aussi des plus intéressants. Si on le néglige, on se trompe aisément et on risque de faire, sur l'essence même du rêve, des hypothèses fausses. Mais on a fait très peu de recherches sur ce point. Seuls, les rêves urinaires ont été étudiés à ce point de vue-là par O. Rank, qui en a bien vu la " stratification symbolique " régulière. » (Freud, p. 201) [5].

Pour aborder ce problème de façon parcellaire, nous pensons pouvoir apporter notre contribution au fait particulier suivant : le cas où le rêve, tout d'un coup, contraste son imagerie en lui donnant une antithèse (par exemple, la pluie succède au beau temps..., l'idée de cimetière succède à l'idée de mariage..., etc...).

Fréquentes ont été les observations de rêves au cours desquels nous avons observé de tels changements. Quelle que soit la cause de ce phénomène, il est clair que tout se passe comme si l'opposition des deux élaborations constituait, elle-même, une symbolisation supplémentaire par rapport aux contenus latents des deux images considérées isolément.

Ce que nous voulons faire remarquer, c'est que, puisque la stimulation musicale nous donne, d'une certaine façon, la possibilité de susciter des rêves dont la teneur serait *a priori* soupçonnée par le psychothérapeute, elle nous permet aussi d'anticiper *certains contrastes presque expérimentaux*. Et l'étude de ces contrastes peut permettre de pénétrer plus avant dans l'analyse des symbolismes, compte tenu de la présence de contextes significatifs ; en effet, du fait de leur juxtaposition, deux élaborations peuvent s'éclairer d'un jour nouveau en fonction d'une relation de compréhension que nous pouvons y discerner.

Nous donnerons ici quelques protocoles illustrant ces mutations brusques au cours d'un même rêve :

« J'étais dans mon collège, je parlais avec les religieuses, nous nous sommes promenées dans un joli jardin... La pluie est tombée tout d'un coup et nous avons dû rentrer... »

« Il y avait une fête sur l'eau, et j'avais mis ma belle robe décolletée, et j'avais été au coiffeur... Il y avait foule mais une brusque averse a tout dissipé... »

« Je préparais un beau bouquet de fleurs pour porter à la belle-mère de ma sœur. C'était son anniversaire ou sa fête... Me voilà partie avec papa et mon frère. Mais en route je m'arrête et leur dis : Je ne peux pas y aller ! je suis en cure de sommeil !... »

« Je partais à la noce avec mon mari... Nous étions préparés, tout allait bien... Mais il a fallu monter dans une auto qui ressemblait à une voiture des Pompes Funèbres... »

« C'était à la rentrée des classes ; nous arrivions avec nos affaires, contentes de nous retrouver... La sœur a dit de nous placer où nous voulions... Je me suis donc mise à côté de mes deux meilleures amies... Et tout à coup nous entendîmes la sirène d'alarme... »

II. — *Les rêves totalement « inversés ».*

Un regard sur les résultats chiffrés rapportés plus haut montrera que de nombreux rêves recueillis lors d'une stimulation musicale donnée présentent des caractéristiques tout à fait opposées à celles que l'on pouvait attendre (compte tenu des états affectifs théoriquement déclenchés par la mélodie).

Ceci rejoint une affirmation classique de Freud : « Au lieu de neutraliser les sentiments ou de les laisser tels quels, l'élaboration du rêve peut encore les transformer en leur contraire. » [5] (p. 421).

Freud évoque à ce sujet un exemple très précis qu'il emprunte à Férenczi : un homme relativement âgé est éveillé en proie à un rire incoercible occasionné par un rêve très euphorique. A l'analyse, il s'avéra que le rêve n'était dû en aucune façon à des motifs amusants ; mais que les contenus latents étaient l'inquiétante image de la mort et la triste constatation du déclin de la puissance virile du dormeur.

Il est facile de comprendre, au regard de cet exemple, et compte tenu aussi de la grande loi freudienne selon laquelle le rêve serait toujours *réalisation d'un désir*, que des rêves aient une teneur totalement « inversée » par rapport à des stimulations musicales désagréables (1).

Mais comment comprendre le cas contraire ? Comment comprendre, par exemple, que des élaborations oniriques extrêmement pénibles surviennent lorsque le dormeur entend la bande sonore « Printemps », laquelle est euphorisante et déclenche en principe des affects satisfactoires ?

Freud lui-même [5] a hésité longuement devant cette catégorie de rêves trompeurs, qu'il appelle « hypocrites ». Ces rêves, selon ses propres termes, « font subir à la théorie de la réalisation des désirs une rude épreuve... » (p. 423). Mais l'on sait la magistrale distinction qu'il a finalement tracée entre les *rêves-réalisations de désir* et les *rêves-châtiments* (p. 426).

(1) Formulons à nouveau la même réserve que précédemment : une grande proportion des rêves obtenus dans nos expérimentations semble en rapport avec la musique qui a pénétré jusqu'à l'inconscient du dormeur. Cependant, ce stimulus musical n'est pas exclusif d'une multiplicité d'autres stimuli, qui interfèrent dans la production du rêve.

Cette distinction a ouvert une grande voie d'accès à l'interprétation des rêves des malades mentaux. S'il est admis en effet que « l'analyse des rêves montre que les complexes refoulés agissent de la même façon chez les bien-portants et chez les malades, et que les mécanismes comme la symbolique sont parfaitement identiques chez les uns et chez les autres » (Freud se réfère à A. Robistek) (p. 334), on pourra reconnaître cependant que les malades mentaux ne *construisent pas* leurs rêves de la même façon que les gens bien-portants, s'ils sont atteints de ce « masochisme de l'esprit » (Freud) (p. 426), selon lequel ils organisent systématiquement leur onirisme en *rêves-châtiments* plutôt qu'en *rêves-réalisations de désir.*

Pour revenir aux stimulations sonores, nous croyons comprendre alors pourquoi, en fonction d'une auto-agressivité ou d'une culpabilité morbide qui tend à se satisfaire, nous avons vu parfois survenir systématiquement des rêves à teneur totalement inversée, par rapport aux incitations théoriques de la bande « Printemps ». Sur le plan méthodologique, dans une recherche qui essaye de comprendre et les résultats positifs qui confirment l'hypothèse, et les résultats négatifs qui risquent de l'infirmer, cette constatation semble évidemment d'un grand intérêt.

Nous donnerons ici pour exemple les protocoles de rêves d'une jeune fille atteinte d'hystérie d'angoisse ; en réponse aux bandes sonores « Printemps » et « Nocturne », la structure morbide a développé des rêves « inversés », c'est-à-dire pénibles ; mais qui peuvent cependant être interprétés comme satisfactoires, compte tenu du masochisme. Par contre, en réponse à la bande sonore « Poursuite », un long rêve est survenu, très pénible lui aussi ; mais qui était comme inversé lui-même, car il était vécu comme satisfactoire, malgré les tensions qu'il comportait (cf. : « C'était dur, mais j'étais contente. »).

Stimulation par bande sonore « Printemps »
(début au 8e jour de la cure)

9e jour.

A rêvé : « Son père lui demandait d'aller vider le saut hygiénique au fond du jardin. Elle ne voulait pas. Sa sœur l'a fait. Son père alors lui a donné un coup de pied dans le derrière, tandis qu'il félicitait sa sœur. »

10e jour.

A rêvé : « Nous étions allés au cimetière avec une camarade qui a

perdu ses parents, le soir, et au loin on voyait des lueurs... et j'avais peur. »

11e jour.

A rêvé : « On m'avait emmenée en prison, on m'avait attaché les pieds et les jambes, je pleurais, j'appelais au secours, mais personne ne venait. »

12e jour.

A rêvé : « J'étais chez des patrons qui me rendaient malheureuse, j'en pleurais, ils me donnaient que des pommes de terre et des fèves à manger, qu'est-ce que j'étais malheureuse. »

13e jour.

A rêvé : « Maman m'avait envoyée faire des commissions, j'avais un billet de 5.000 fr., j'ai perdu l'argent, je me faisais disputer en arrivant, j'ai reçu une "flaupée", mais quelque chose. »

14e jour.

A rêvé : « J'avais une camarade qui avait acheté un butagaz, il marchait bien, mais elle l'avait revendu pour en acheter un plus moderne, qui marchait moins bien ; c'était des disputes et des discussions à n'en plus finir, parce qu'elle voulait reprendre celui qui marchait le mieux. »

Stimulation par bande sonore « Poursuite »

15e jour, 16e jour, 17e jour : n'a pas rêvé.

17e jour.

A rêvé : « Je bâtissais une maison ; elle était finie et j'étais prête à rentrer dedans... Je la bâtissais avec mon mari... J'étais habillée en bleu de travail, en culotte, comme les hommes... (le mari était un garçon que je connais). C'était dur mais j'étais contente. Il y avait plusieurs étages. Le rêve était long, long... Il a duré des jours entiers. On bâtissait la maison... On faisait la cuisine et on mangeait ensemble sur le bord du talus, au bord de la maison... Lui, le soir, couchait chez ses parents et moi chez ma sœur... Il m'avait donné ses vêtements de travail... Je m'habillais derrière la maison... et après avoir travaillé je me remettais en dimanche et lui aussi... On jouait parfois avec un bâton et des boules blanches qu'il fallait mettre dans un trou... Un genre de billard... On s'est retrouvé dans la maison construite... On y était avec nos meubles et on était mariés... Il y avait une cuisine, une salle à manger, une chambre à coucher, un bureau, un petit cabinet de toilette, c'est tout... C'était un genre de villa peinte en vert, avec un rez-de-chaussée et l'étage... » (rêve où intervenait un jeune homme qu'elle connaît réellement depuis quelques mois).

Stimulation par bande sonore « Nocturne »

18e jour.

A rêvé qu'il y avait des oiseaux, beaucoup, beaucoup. « Je leur ai causé, mais ils ne me répondaient pas. C'était de beaux oiseaux, des bergeronnettes, et d'autres encore. »

19e jour.

A rêvé : « J'étais dans les bois à cueillir des fraises ; il y avait des vipères et j'avais peur, mais j'avais peur ! et je me sauvais, j'allais dans un autre bois, et là aussi il y avait des vipères. »

A rêvé : « J'allais camper avec un jeune homme, mon fiancé, il y avait un pont qui ne tenait pas. On a traversé le pont, moi j'avais peur mais mon fiancé lui n'avait pas peur. »

20e jour.

A rêvé : « J'ai fait de la confiture (je ne sais pas à quel fruit), j'avais mis trop de sucre là-dedans, si bien qu'elle était immangeable. »

21e jour.

A rêvé : « J'étais seule dans un champ de pommes de terre, plus j'en ramassais plus elles étaient pourries. »

VII. — Autres constatations. Conclusions d'ensemble

Nous aurions pu relater un grand nombre d'autres constatations concernant les réactions des malades aux stimulations par la musique...

Et puisque nous parlons de *malades,* nous pouvons d'abord nous poser la question : Nos malades ont-ils réagi vis-à-vis des fragments entendus de la même façon qu'auraient réagi des sujets normaux ?

La réponse à cette question doit être d'autant plus nuancée que les stimulations expérimentales ont été imposées à nos malades dans un état de demi-sommeil ou de sommeil complet, alors que les bandes sonores utilisées avaient été « étalonnées » sur des sujets-témoins éveillés. Cependant, nous sommes arrivés à la certitude suivante — ordre de certitude qui, selon nos propres connaissances, n'avait jamais été prouvé : c'est que *l'inconscient de nos dormeurs a donné en rêve des réponses homologues de celles qui avaient été obtenues chez des sujets éveillés* – ceci sur le plan des sentiments et des associations d'idées spontanées.

Cette corrélation semble liée à l'existence d'un « *schéma d'évocations primaires* », selon le terme de Francès ; et il faut ici se

reporter aux études minutieuses et très spécialisées de cet auteur. Selon Francès, le pouvoir évocateur d'un morceau de musique serait essentiellement dû aux différentes caractéristiques suivantes :

a) formes rythmiques et allure des courbes mélodiques déterminées par un certain tempo ;

b) caractéristiques de niveau sonore, correspondant soit à l'intensité absolue, soit à la variation de l'intensité elle-même ;

c) caractéristiques de hauteur tonale, c'est-à-dire de l'aigu et du grave ; et, surtout, de leurs variations réciproques.

Toujours selon les études originales de Francès, c'est l'existence de ce *schéma primaire* qui rendrait compte de la très grande fréquence des réponses sémantiques qui sont données par les auditeurs, quelles que soient les méthodes utilisées pour étudier le « pouvoir évocateur » d'un morceau de musique classique à « tester » (la proportion de telles réponses sémantiques, c'est-à-dire « signifiantes », varierait selon les expérimentations entre 90,2 % à 97,1 %) [6]. Et, de même, c'est ce schéma primaire qui permettrait de comprendre le taux important de réponses sémantiques cohérentes fournies par des sujets très jeunes, dès l'âge de 7 à 8 ans.

Il nous semble que, dans nos expérimentations sur des sujets endormis, c'est aussi l'existence de ce *schéma d'évocations primaires* qui permettrait de comprendre la corrélation positive découverte entre :

d'une part, les sentiments et les imageries expérimentés par l'inconscient du dormeur ;

d'autre part, les sentiments et les imageries consciemment élaborés et vécus, par les sujets à l'état de veille, ceci au regard d'une même stimulation musicale.

Cela est si vrai que, lorsque nous avons imposé à nos malades mentaux une musique qui transgressait les règles habituelles de la tonalité et de l'harmonie classique (« La Poursuite » de Bartok), nous avons déclenché, dans l'inconscient de nos malades, — tout comme Francès l'avait déclenché chez des normaux à l'état de veille —, des impressions d'étrangeté, des heurts, des tensions, qui se sont traduits par une immense moisson d'élaborations oniriques chargées d'angoisse. Or, précisément, la plupart des gens normaux éveillés écoutant ce morceau de musique ont des sentiments et des associations d'idées qui impliquent un dépaysement temporo-spatial, une étrangeté psychologique ; et, plus

encore, on trouve chez certains auditeurs des soi-disant évocations de folie ou, en tout cas, de déséquilibre et de désintégration du psychisme humain habituel.

A ce « schéma primaire », il faut ajouter des schémas « d'associations secondaires », comme le dit encore R. Francès, susceptibles de déclencher chez les auditeurs des réactions particulières, voire même spécifiquement individuelles.

a) Les *timbres* seraient les principaux inducteurs de cette catégorie d'associations. Il est vrai en effet que les caractéristiques musicales qui tiennent du folklore s'imposent toujours avec une résonance particulière chez les individus d'une civilisation donnée (1).

Nous avons retrouvé ces faits chez nos dormeurs de cures de sommeil, tout comme chez les sujets éveillés : c'est ainsi que les disques de danses et bourrées d'Auvergne, avec instrumentations de vielles et cabrettes (de même que la célèbre *Symphonie Cévenole* de Vincent d'Indy), nous ont toujours nettement paru favoriser la régression de nos malades, c'est-à-dire l'acceptation transitoire d'une vie où peuvent s'exprimer des affects très primitifs.

b) Une seconde catégorie d' « associations secondaires », moins profondément reliée aux instances archaïques de la culture, mais très liée aux instances fondamentales de la personne, semble être due à certaines stéréotypies du *rythme* et du *tempo*. Nous avons déjà vu que le rythme et le tempo participaient aux « associations primaires ». Mais nous parlons ici de quelque chose qui évoque plus qu'un « mouvement », au sens général du terme : il s'agit d'une sorte d'adéquation qui se constitue entre la musique perçue et la proprioceptivité du sujet qui perçoit.

Sous l'effet de certaines musiques, nous avons vu, de façon relativement fréquente, des malades — libérés de leur censure par la déstructuration hypnique ou parahypnique — réagir comme s'ils étaient sous l'emprise d'inductions motrices. Sous l'influence de telle ou telle musique (*Symphonie Pastorale* de Beethoven, *Boléro* de Ravel), les spontanéités proprioceptives prennent la forme d'ébauches scandées, de mouvements rythmiques, ou de pas de danse, selon que les sujets sont plus ou moins somnolents. A un degré de sommeil plus complet, les « gestalt » motrices s'expriment sous forme de rêves ; et, dans les cas par-

(1) Rappelons que le Dr P. Sivadon semble avoir été le premier, dans le cadre des méthodes psychothérapeutiques dont il a été l'instigateur, à attirer l'attention sur la particulière « résonance » des catatoniques vis-à-vis des rythmes folkloriques et primitifs.

ticulièrement démonstratifs, le dormeur intègre si bien le rythme mélodieux dans son inconscient, que ce rythme berce son onirisme et que celui-ci se déploie selon une imagerie motrice qui se calque sur le tempo. Citons par exemple (sans parler des rêves de valse, rêves de patinage, rêves de marches militaires, etc...) :

un rêve d'appartenance à un cortège de premières communiantes (semblant avoir été dû au pouvoir évocateur d'un disque de chants grégoriens) ;

un rêve d'appartenance à un ensemble chorégraphique (semblant lui aussi avoir été dû à une audition de chants grégoriens) :

« Nous étions à Bonneval, toutes rangées sous le cloître, et nous avions chacune un balai de paille de riz. Nous balayions en cadence de façon à former une figure d'ensemble... Le tout était était bien réglé comme un ballet d'opéra. Cela était comparable à un jouet d'enfant que l'on remonte avec une clé... Mon mari était venu pour me voir, il a dû attendre la fin de l'exercice pour que je quitte ma place et aille le retrouver... » ;

un rêve d'appartenance à une tribu primitive (semblant avoir été dû au pouvoir évocateur du *Boléro* de Ravel) :

« C'était une tribu de sauvages... C'était des gens de Bonneval. Nous étions comme des primitifs... Ils étaient cinq ou six personnes en cercle... On entendait un tam-tam... Le vêtement était un chapeau de Tonkinoise et un pagne... Le torse nu... On écrasait du millet... J'ai regardé longtemps, puis j'ai pensé qu'il fallait que j'entre dans le cercle... Alors j'y suis entrée... »

Nous rattacherons à cette catégorie d' « associations secondaires » des constatations qui ont trait à la sexualité.

Un certain nombre de malades nous ont dit avoir ressenti des excitations sexuelles à l'audition de telles musiques perçues dans leur demi-sommeil (signalons surtout le « Nocturne » et le « Boléro » de Ravel).

D'autres ont vécu en rêve des scènes érotiques, qui semblaient induites par les mêmes stimulations musicales.

Ces deux catégories d' « associations secondaires » (à composantes de motricité d'une part, et de sexualisation non dissimulée d'autre part) nous semblent renvoyer partiellement aux constatations d'I. A. Altshuler [7] qui a décrit des modalités de réactions « organiques » et « orgasmiques » à la musique. Cependant, Altshuler étudiait des sujets éveillés. En ce qui concerne nos propres constatations, au contraire, il faut les replacer dans un contexte de plus ou moins profonde déstructuration de conscience, et dans l'atmosphère de semi-narcose de la cure. Il faut

donc toujours tenir compte des distorsions possibles imposées par la mémoire, et aussi des élaborations secondaires qui peuvent suivre immédiatement le réveil. Car, comme le dit Maury [4], « au réveil, quelque chose de la gaîté, de l'effroi, de la disposition amoureuse dure encore », après que de tels sentiments aient été mystérieusement expérimentés au plus profond du sommeil.

c) Une troisième catégorie d' « associations secondaires » emprunte ses déterminations non pas à la musique elle-même, mais au contexte historique et personnel auquel la mélodie peut déjà être « associée ». L'auditeur, en effet, peut avoir entendu, antérieurement, un morceau de musique imposé pendant la cure. Les réactions du sujet ne sont alors partageables par aucun autre, car cette musique est l'écho d'un passé qui lui est propre. Cependant, les associations d'idées qui viennent à l'esprit constituent parfois un précieux mode d'investigation de la mémoire « inconsciente ». Citons pour exemple le cas d'une jeune fille de 26 ans, mise en cure de sommeil pour paroxysmes d'inadaptation discordante, qui, dès qu'elle entendit la « Symphonie Pastorale », fut en proie à un mentisme intense, avec effervescence ecmnésique incontrôlée, à forte charge anxieuse. L'audition de cette musique la fit entrer dans un monde « absolument clair... absolument cristallin... absolu... entier... intègre... douloureux... comme si un cristal se volatilisait et comme si les brins de cristal pénétraient dans sa chair... ». La musique avait ravivé en elle le souvenir d'un premier amour, au cours duquel, lorsqu'elle avait 18 ans, son partenaire sifflait sans cesse un passage de la « Symphonie Pastorale » lorsqu'ils étaient ensemble.

Evoquons à ce sujet une observation de MM. M. Montassut, L. Chertok et V. Gachkel [8], relatant le cas d'une malade atteinte d'amnésie hystérique qui, par associations des idées et des images liées à l'air du « Boléro », parvint à évoquer des épisodes vécus pendant la période apparemment effacée par l'amnésie (1).

D'une façon plus générale, ceci amorce aussi l'éventualité selon

(1) Evoquons aussi une remarquable observation présentée par le Dr Overholser, de New-York, au 2e congrès international de neuropsychiatrie à Zurich, dans le cadre de l'exposition d'art psychopathologique (9). Le tableau présenté était intitulé (par la malade) « le monstre vert ». La malade dont il est question avait commencé un jour, seule, un dessin, en griffonnant, alors qu'elle écoutait la musique. Plus tard, en révisant son dessin, elle remarqua : « La musique dont j'étais imprégnée quand je dessinais, était la Symphonie de César Franck. Je la faisais jouer jour et nuit quand j'étais si malade. En l'écoutant cette fois-ci, tous ces souvenirs sont revenus, ce qui m'a amené à dessiner un tel tableau, bien que la musique elle-même n'exprimât pas cela... »

laquelle des stimulations musicales entendues au cours du traitement pourraient être ré-utilisées en période de post-cure, au cours d'une psychothérapie d'entretien. Il est remarquable d'ailleurs que, spontanément, en quittant la cure de sommeil, les malades demandent le nom des fragments qu'elles ont entendus, souhaitent avoir les références des disques, désirent les acheter pour les avoir à leur disposition chez elles. « Il me semble que si je peux les entendre à nouveau, cela m'aidera... me stimulera... me fera retrouver l'ambiance apaisante de la cure... ».

Il est difficile ici de ne pas laisser aller son esprit sur les multiples possibilités de conditionnement offertes par les stimulations musicales. Mais, déjà, les anciens auteurs n'avaient-ils pas fait à ce sujet des expériences étonnantes ?... On se souvient de l'anecdote d'Hervey de Saint-Denis : celui-ci, pendant toute une saison de bal, avait exigé du chef d'orchestre qu'il joue invariablement telle ou telle valse, selon que lui-même danserait avec telle ou telle de ses partenaires féminines habituelles. Ultérieurement, lorsque Hervey de Saint-Denis disposait près de son lit une boîte à musique qui, au milieu de la nuit, jouait en sourdine l'une ou l'autre des valses, il rêvait invariablement se trouver avec la dame rappelée par ce motif... « Ces dames jouaient dans les scènes de son rêve les rôles les plus divers... » Y. Delage, dans le récit qu'il a donné de cette expérience, poursuit ainsi son commentaire : « Marquis, Marquis, vous n'osez pas raconter les détails... » [10].

De nombreuses autres expérimentations pourraient être entreprises... De nombreuses autres questions pourraient être débattues... Cependant, l'on nous demandera, sans doute, en conclusion : Les stimulations musicales sont-elles utiles au cours de la cure de sommeil ? Hors l'intérêt d'une recherche théorique, y a-t-il avantage à faire entendre de la musique aux malades que l'on veut traiter ?

Nous répondrons d'abord que *l'expérimentation* semble devoir encore primer pendant une longue période de tâtonnement sur *l'utilisation* thérapeutique de la musique, qui en est encore à ses balbutiements. Cependant, nous croyons avoir aidé à montrer que les stimulations musicales sont susceptibles d'apporter un appoint fécond aux méthodes modernes de relaxation, de conditionnement et d'endormissement. De quelle façon ? De trois manières :

1) *La musique aide à dormir.* Ceci est une vérité élémentaire.

Les « berceuses » d'enfants et les rythmes mélodiques ont été sans doute les premiers hypnotiques. Et l'on admettra sans peine qu'il existe des stimulations sonores qui favorisent le sommeil. Les explications de ce phénomène peuvent être multiples et s'échelonnent d'un pôle à l'autre des causes d'ordre organique et psychique ; citons, par exemple, la diminution du rythme respiratoire, en accord avec certains tempo, qui aboutit à une modification de l'équilibre humoral acide-base ; citons le « désintérêt » pour le monde extérieur occasionné en un individu par l'emprise d'une mélodie...

Dans le cas particulier de nos cures de sommeil, il est clair que la musique aide à l'envoûtement par le bloc sommeil : elle entraîne les malades dans un univers dé-réel et imaginatif qui n'est ni celui de l'environnement concret, ni celui des coordonnées temporelles habituelles. En cela, la musique nous aide certainement à ouvrir les portes du sommeil.

2) Non seulement, la musique a un effet sur l'individu non endormi, mais encore *elle a accès à l'inconscient du dormeur.* Même si le malade refuse le contact avec le médecin ou les autres patients, même s'il s'isole au lit et se replie sous ses draps, la musique l'atteint ; et même s'il dort, la musique pénètre en lui, puisque le sommeil, comme l'ont depuis longtemps montré les observations des auteurs anciens, n'empêche pas le son de parvenir au centre d'intégration sensorielle.

Si, comme nos expérimentations permettent de le croire, le psychothérapeute peut « doser » cette stimulation infraconsciente, s'il sait en anticiper d'avance les résultats sur le plan des affects et de la symbolique, il pourra retrouver dans les rêves et les réactions des malades l'écho de son « importunité ».

Dans le cas particulier des cures de sommeil, il est facile de soupçonner l'intérêt d'une telle « maîtrise », tant sur le plan de l'investigation psychothérapique que sur le plan de la compréhension de l'onirisme. Sachant mieux en effet ce qui a déclenché les rêves, il sera plus facile sans doute de les interpréter. Le symbolisme, certes, reste et restera toujours un phénomène mouvant, variable avec le mystère individuel de chacun. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il est souhaitable, au cours d'une psychothérapie brève, basée en partie sur l'étude des rêves, que des lignes de force puissent être facilement discernées dans le matériel onirique. C'est ce à quoi tend notre effort d'induction musicale : faire surgir et faire se développer un matériel onirique,

selon certains vecteurs assez clairement compréhensibles. Le problème de l'interprétation du rêve, certes, reste posé ; mais, au moins, l'obtention de l'imagerie, du « matériel », est aidée — disons « potentialisée » — par la musique.

3) Mais il y a plus encore : l'action de la musique sur l'inconscient peut devenir, pensons-nous, *l'action du psychothérapeute sur l'inconscient.* On peut admettre, en effet, que des stimulations musicales, minutieusement dosées, et changeantes, pourront induire les changements intérieurs chez les auditeurs endormis ; si les contenus affectifs et idéiques des rêves vont dans le sens de la musique, la succession de différentes mélodies sera susceptible sans doute d'infléchir le sens de ces contenus affectifs et idéiques.

Dans le cas particulier d'une cure de sommeil où, comme dans le nôtre, on considère que l'efficacité thérapeutique est en partie liée à l'évolutivité de la cure, on reconnaîtra sans peine que des stimulations musicales bien choisies doivent aider sans doute à faire se succéder les différentes phases du traitement.

Nous avons discerné, dans la cure de sommeil, quatre étapes successives, par lesquelles il est souhaitable que passe le sujet (phases d'adaptation, de régression, de tension, de réharmonisation). Il est clair que telle musique pourra aider à l'adaptation ; que telle musique pourra aider à faire s'établir la régression ; que telle musique pourra faire surgir des tensions ; que telle musique pourra participer à la réharmonisation. Ce maniement n'est plus tout à fait du domaine de l'empirisme. Il peut devenir une véritable technique. En cela, la musique semble devoir prendre sa place parmi les alliés puissants du médecin psychiatre, lorsque celui-ci, par des apports pharmacologiques et des efforts psychothérapiques, tente d'établir un continuel colloque avec l'inconscient du malade dont il a entrepris la cure.

« Dans la clôture mal jointe du sommeil entrebâillé... », selon les termes de Marcel Proust, se glissent ainsi les sons... Peut-être un jour viendra-t-il où, grâce à des stimulations musicales bien dosées, le psychothérapeute pourra être efficacement le chef d'orchestre de la symphonie des songes en même temps que le rééducateur des dissonances des cauchemars...

INDEX DES AUTEURS CITES

1. Altshuler (I. M.). — Music Potentiating drugs. *Music Therapy*, 1955, 120-126.

2. Faure (H.). — *Cure de sommeil collective et psychothérapie de groupe*, un vol., Masson édit., Paris, 1958, 272 p.

3. Francès (R.). — *La perception de la musique*, un vol., J. Vrin édit., Paris, 1958.

4. Maury (A.). — *Le sommeil et les rêves. Etudes psychologiques*, un vol., Didier et C^ie^ édit., Paris, 1865, 484 p.

5. Freud (S.). — *La science des rêves*, un vol., Alcan édit., Paris, 1926 (traduit sur 7^e^ édition), 641 p.

6. Francès (R.). — Pouvoir évocateur de la musique. *Cahiers d'études de radio-télévision*, 1, n° 3-4, 1954, 37-57.

7. Altshuler (I. M.). — Recent advances in the theory and Practive of Music Therapy. *Communication au 2^e^ congrès international de psychiatrie*, Zurich, 1957.

8. Montassut (M.), Chertok (L.), Gachkel (V.). — A propos d'une amnésie hystérique traitée par l'hypnose. *Annales médico-psychologiques*, n° 2, février 1953.

9. Overholser (W.) et Kwiatkowski (H. Y.). — Spontaneous art expression of two schizophrenic patients. *Exposition au 2^e^ congrès international de psychiatrie*, Zurich, 1957.

10. Delage (Y.). — *Le rêve, étude psychologique, philosophique et littéraire*, un vol., P.U.F. édit., Paris, 1919, 697 p.

L'ANOREXIE MENTALE

par

Pierre LOO, avec la collaboration de J.-P. DUFLOT

(La Charité-sur-Loire)

(*suite à un précédent article*) (1)

L'anorexie mentale a donné lieu à de nombreux et vains essais de définition, dont aucune n'est satisfaisante.

Donnadieu l'a indiqué au début de sa thèse et le Congrès de Montpellier fit apparaître l'extrême confusion des idées à ce sujet.

Pris dans un sens étymologique (perte du sens de l'appétit et du sentiment de la faim), le terme anorexie ne convient pas à toutes les formes cliniques, car beaucoup ont conservé l'appétit et ressentent le besoin de manger.

Par ailleurs, on exclut de l'anorexie mentale des formes où le conditionnement mental est évident (sitiophobie, refus d'aliments des aliénés).

En pratique psychiatrique, les anorexies mentales englobent les divers malades qui, en dehors de toute atteinte organique et sans l'intervention d'idées délirantes apparentes, se refusent à manger ou réduisent l'alimentation au point de compromettre gravement leur santé.

Le terme a donc un sens général théorique précis en ce qu'il élimine les organiques et les aliénés, mais, au sein de ces vastes limites, il reste à préciser les variétés cliniques, malgré des apparences communes portant à les confondre.

Puisqu'elle n'est ni une maladie organique, ni une maladie mentale, l'anorexie mentale doit *a priori* rentrer dans le groupe des névroses.

Comme dans les névroses, il y a habituellement une personna-

(1) P. Lôo. — Anorexie mentale, maladie de Simmonds, maladie de Sheehan. *Annales médico-psychologiques*, mars 1955.

lité intacte et la conscience de l'état morbide. Les conditions générales de prédisposition, de milieu, d'éclosion sont communes, comme celles de leur traitement (isolement, psychothérapie), comme leur évolution capricieuse et leurs récidives fréquentes.

On trouve souvent, si on la recherche, l'anorexie mentale au sein d'une constellation névrotique ; mais surtout des mécanismes névrotiques divers permettent de préciser la variété de névroses dont elle est soit l'unique expression, soit plus souvent le symptôme dominant.

Enfin, comme tant de symptômes névrotiques, les anorexies mentales sont *l'expression organique d'un état affectif*.

Mais certaines anorexies mentales, surtout parmi celles dites essentielles, n'ont pas conscience de l'état morbide.

L'analyse minutieuse, la narco-analyse surtout, parfois l'évolution, montrent une altération de la personnalité, prélude d'un état schizophrénique discret, dont le rationalisme morbide alimentaire a été le premier aspect.

Ces anorexies mentales sont *l'expression organique d'un état mental.*

Historique (2)

Divers auteurs : Naudeau, Briquet, Brignoli, avaient mentionné les anorexies nerveuses ; Lasègue, en 1873, individualise l'anorexie hystérique ; le premier, Huchard, en 1883, parle d' « anorexie mentale ».

La même année, Deniau, dans sa thèse sur « L'hystérie gastrique », distingue déjà deux variétés : « l'anorexie hystérique » d'une part et, d'autre part, « l'anorexie mentale », correspondant, dit-il, à l'anorexie mentale de Huchard.

Mais les observations concernant celle-ci montrent des protocoles si extravagants, de telles bizarreries de comportement, que, rétrospectivement, il semble difficile de ne pas l'interpréter comme des manifestations de rationalisme morbide.

Charcot, en 1887, rejette l'hystérie pour retenir l'anorexie mentale, n'ayant pas trouvé chez ces malades deux stigmates à ses yeux essentiels : l'anesthésie et le rétrécissement du champ visuel.

Divers auteurs, par la suite, reviendront à la notion d'hysté-

(2) Notre historique s'est inspiré de celui de A. Donnadieu dans sa thèse sur l'anorexie mentale, Bordeaux, 1939.

rie ; Sollier, en 1891, distingue la « sitiergie hystérique » et l'anorexie secondaire à d'autres névroses ; et Noguès, en 1913, propose la même distinction entre l'anorexie hystérique et l'anorexie mentale des psychonévroses.

Toute connaissance est une formation alluvionnaire soumise à l'érosion du temps.

Ce bref historique montre, à travers la diversité des interprétations, la continuité des aspects ; il nous aide à comprendre l'évolution de la doctrine et il nous permet d'établir un sommaire bilan.

Les auteurs, au hasard des formes rencontrées, ont identifié, qui la névrose, qui l'hystérie, certains la névrose et l'hystérie (puisque, à cette époque, l'hystérie n'était pas une névrose), et d'autres auteurs, tel Deniau, ont remarqué, à côté des anorexies hystériques, des anorexies paraissant traduire un état mental particulier.

« Certains de ces malades ont un goût baroque et Deniau signale le cas d'une anorexique de Lasègue présentant une appétence spéciale pour la redingote de son professeur de dessin ; une autre ne pouvait manger que de la croûte de fromage ; une autre ne pouvait prendre son repas que debout, en portant son assiette de meuble en meuble (3). Cette variété, dit Deniau, correspond à l'anorexie mentale de Huchard. »

Si le comportement de la dernière malade évoque à la rigueur un rite obsessionnel, les autres font *a priori* penser à la schizophrénie.

En 1942, au Congrès de Montpellier, le rapporteur Crémieux exprime la nouvelle tendance des contemporains, niant l'hystérie dans l'anorexie mentale : « L'origine hystérique est rarement admise, plus fréquemment le terrain obsessionnel. »

Mais l'élimination de l'hystérie, pourtant retenue par tant d'auteurs dans le passé, traduit davantage la conception nouvelle née des idées de Charcot, qu'une soudaine évolution de la nature humaine.

Certes, cette hystérie, souvent induite, avec ses anesthésies, son rétrécissement du champ visuel, ne se rencontre guère depuis Charcot. Mais nous entendons par hystérie, comme les psychanalystes d'ailleurs, l'aptitude à transposer, à convertir à l'insu de la conscience, un état affectif, en troubles somatiques fonctionnels, en vertu d'une psycho-plasticité particulière.

(3) In *Thèse* A. Donnadieu, p. 18.

Les troubles fonctionnels relevant de l'hystérie ne sont pas tellement rares ; beaucoup d'anorexies mentales en sont un aspect, mais ces troubles fonctionnels s'objectivent sous forme de symptômes et, par là, se distinguent souvent des troubles fonctionnels subjectifs des autres névroses (céphalées, vertiges, asthénie, etc...), qui sont seulement allégués par le sujet et tellement analysés !

En retenant le terrain obsessionnel, le rapporteur Crémieux rejoint une partie de la conception des anciens auteurs qui, à côté des anorexies hystériques, mentionnaient les anorexies secondaires aux névroses.

Mais le terme obsessionnel doit être pris dans un sens général et comprendre, et même avec priorité, la névrose phobique, trop souvent confondue dans la langue psychiatrique avec la névrose obsessionnelle.

On voit donc émerger de la lave des doctrines :

1° Les anorexies secondaires aux névroses.

2° Les anorexies hystériques (en éliminant les critères étroits exigés par Charcot).

3° « L'anorexie mentale » au sens de Huchard et Deniau, et l'anorexie mentale essentielle des contemporains.

Mais il y a lieu de préciser si ces deux formes (anorexie mentale de Deniau et Huchard et anorexie mentale essentielle) ont une signification commune ou différente et leur place dans la nosographie.

Pathogénie

Il est vain de proposer une interprétation de l'anorexie mentale, car elle n'est qu'un symptôme ayant un sens différent selon l'état pathologique dont il est l'expression.

Il est vain également de vouloir l'isoler dans un cadre nosographique propre, puisque, derrière des apparences identiques, on trouve des trames différentes : hystérique, phobique, obsessionnelle, ou même discrètement schizophrénique, qui en conditionnent le sens, l'évolution et le traitement.

Elle ne peut être interprétée qu'en fonction de sa structure profonde, sinon l'explication valable, pour un malade et même pour un type de névrose, ne conviendra pas à certaines anorexies dont l'analyse aboutira à des conclusions différentes.

On a invoqué « l'ascétisme pathologique » pour « lutter contre

la dévalorisation du moi », le conflit entre « le besoin de dépendance et d'indépendance », le « refus de féminité » dont l'aménorrhée serait la preuve, des mécanismes d'identification à une mère anorexique ou d'opposition à des parents boulimiques, etc...

Michaux et Mme Janet ont mis en relief, dans certains cas, comme facteurs d'anorexie mentale, la « répudiation des soucis matériels », l'affirmation « d'intellectualisme pur », par opposition à des parents frustes et illettrés, mais dévoués ; le mélange de gratitude et de mépris créant ici une situation conflictuelle, résolue par la névrose.

Cette « cohabitation de sentiments contradictoires » (4) se trouve avec une extrême fréquence, ainsi que nous l'avons signalé par ailleurs, à l'origine des états névrotiques.

Delay met l'accent sur la cause émotionnelle dans l'anorexie mentale, que fait apparaître et libère la narco-analyse.

Echecs, situations conflictuelles, difficultés inéluctables souvent dramatisées, cherchent refuge dans les multiples aspects de la névrose, qui est une manière de réagir, sur un mode psychosomatique propre à l'homme, quand les diverses conditions de la vie dépassent ses possibilités d'adaptation.

On trouve ainsi les conditionnements habituels des névroses, mais aucun n'est propre à l'anorexie mentale, symptôme commun de maladies différentes.

Divers auteurs ont mis l'accent sur l'aspect endocrinien.

Certes, la confusion entre l'anorexie mentale et la cachexie dite hypophysaire n'est plus concevable aujourd'hui avec les possibilités d'investigations endocriniennes (hypophysogramme) et la magistrale mise au point clinique de Sheehan.

Paul Abély souligne que l'anorexie mentale prédomine dans le sexe féminin, accompagnée de troubles endocriniens ou diencéphaliques, et qu'il s'agit d'une « dysharmonie somato-psychique primitive, associée à une dysharmonie psycho-somatique secondaire ».

Jacques Decourt et J. Michard, étudiant 32 observations personnelles, ont observé après frottis vaginaux une inactivité ovarienne, la folliculostimuline restant normale.

Le fonctionnement de la cortico-surrénale, apprécié par le dosage des 17-cétostéroïdes, n'était pas altéré.

Ces auteurs envisagent le rôle du système nerveux et attribuent le dérèglement endocrinien initial à une perturbation de

(4) Dostoïewski, cité par Delay.

la lutéostimuline hypophysaire, avec une part ultérieure revenant à la dénutrition.

Même les auteurs (Delay, Scouras) orientés vers une étiologie émotionnelle retiennent la participation du diencéphale, et associent au traitement psychothérapique, par narco-analyse, l'électrochoc.

Mais cette participation du diencéphale se manifestant sur le plan endocrinien n'est pas spécifique de l'anorexie mentale ; on la trouve dans bien des états névrotiques, psychosiques et au cours des divers « stress » de la vie normale.

*
* *

L'anorexie mentale, tant dans ses aspects psychologiques que par son cortège endocrinien d'ailleurs inconstant, n'apparaît donc pas comme une entité clinique, mais comme un symptôme (le plus souvent névrotique), dont l'étude dans chaque cadre nosographique exprimera sa signification particulière ou son mécanisme.

Etude clinique

Anorexie mentale et névrose

L'anorexie mentale dans la névrose phobique.

Ici, c'est l'appréhension de manger qui conditionne la restriction alimentaire. Appréhension de mal tolérer la nourriture quelquefois. Cette forme mineure de phobie est fréquente dans les simples états névrotiques et aussi dans la psychasthénie, où la conjonction de tendances phobiques et hypocondriaques entraîne une réduction alimentaire avec retentissement sur l'état général.

Parfois, le « doute morbide » sur la quantité, la qualité des aliments, le bilan alimentaire, inhibe et perturbe à la longue l'instinct de la faim.

La phobie d'engraisser, si fréquente, est habituellement compatible avec un excellent appétit, assombri de remords postiches et de velléités restrictives, mais qu'un traumatisme affectif peut, chez les jeunes surtout, perturber dangereusement.

La lutte anxieuse contre la faim et les remords consécutifs à la prise d'aliments, signalés par divers auteurs, nous paraissent être du domaine exclusif de la mélancolie.

Mais l'anorexie des névroses phobiques se rapporte surtout à l'acte de manger. Elle se caractérise par la crainte d'avaler, la

peur d'une mauvaise déglutition, la suspicion sur la valeur du transit œsophagien ou l'appréhension que les aliments n'obstruent le pharnyx.

Certains malades se limitent alors aux liquides, d'autres paradoxalement n'absorbent que des solides (peut-être parce que leur transit est mieux perçu), mais avec une parcimonie telle que la ration alimentaire, insuffisante, entraîne rapidement un amaigrissement inquiétant.

Habituellement, à l'origine de cette névrose phobique, se trouve un état névrotique où l'impression de « spasme », « d'être contractée », « d'être serrée, nouée », se précise dans une sensation de gêne à avaler ou à respirer, et cristallise bientôt la crainte d'un arrêt des aliments, comme celle d'asphyxier.

La phobie s'installe insidieusement chez ces sujets anxieux, parfois elle se révèle brusquement à la suite d'un événement fortuit : incident de déglutition par exemple, ou petit choc émotif accentuant l'impression de « spasme ».

D'après les psychanalystes, la phobie correspondrait à l'angoisse de castration, dont l'anxiété serait transférée sur un autre objet. Peut-être cette forme de phobie correspond-elle à certaines obsessions phobiques qui se situent bien près de la névrose obsessionnelle.

Dans la névrose phobique, l'anxiété provient de l'appréciation logique des faits, mais démesurément dramatisés, et la phobie s'établit sur une sorte de rationalisation.

Tous les troubles cénesthésiques des états névrotiques analysés, interprétés et dramatisés, peuvent être à l'origine de phobies devant lesquelles abdique toute la personnalité : les céphalées donneront la phobie de la tumeur cérébrale, les vertiges subjectifs la crainte de traverser les rues, les palpitations feront redouter l'angine de poitrine et la mort subite..., certains épisodes culminants réaliseront même une névrose d'angoisse.

Mais certains troubles cénesthésiques au cours des états névrotiques, surtout dans ces formes particulières dites par certains auteurs névroses spasmophiles, orientent le malade vers la restriction alimentaire.

Le sujet anxieux se sent « contracté », « spasmé », l'acte de déglutition lui paraît aventureux, il hésite devant ce risque imaginaire et réduit son alimentation.

« Ça passe difficilement, nous disait une anorexique, j'ai peur qu'un jour ça ne passe plus. »

Cette forme de névrose phobique, édifiée sur une cénesthésie

perturbée à l'aide d'une logique pessimiste et d'une rationalisation tendancieuse, est fréquente et infiniment moins rebelle que certaines névroses dites phobiques, mais correspondant à vrai dire à un mécanisme obsessionnel. Mais elle est susceptible de virer vers la névrose de conversion.

Les constitutions phobiques, obsessionnelles, hystériques sont, selon les psychanalystes, habituellement combinées, et nous constatons, chez certains malades, un assemblage de symptômes qui rend un peu artificielle notre nosographie.

Cependant, les aspects cliniques permettent d'identifier les variétés de névroses, mais ils sont susceptibles de se substituer les uns aux autres. La mutation nous paraît se faire plus souvent vers les formes semblant échapper le plus à la conscience.

A la phobie succède une situation de fait qui la rend sans objet ; à la crainte d'une mauvaise déglutition fait suite l'impossibilité de déglutir ; à la crainte d'être paralysé succède une paralysie fonctionnelle comme si la névrose phobique, à certains niveaux d'intensité ou chez certains sujets, trouvait une sécurité, un relais à son anxiété, dans la conversion hystérique.

La dérivation de l'angoisse vers un plan somatique crée une zone calme ; la transposition de l'éventuel vers la réalité redoutée rend la phobie sans objet.

L'intolérable anxiété de la phobie fait place à la passivité hystérique.

Mais, en dehors des états phobiques, l'anxiété souvent se liquide par son expression motrice sous forme de crises pithiatiques, ou parfois épileptiques.

De plus, on connaît l'action bienfaisante de l'épilepsie provoquée sur l'anxiété.

Dans l'anorexie mentale phobique, le choix du symptôme semble parfois déterminé par un événement, un trouble cénesthésique actuel, mais souvent le déterminisme réel en est plus obscur et doit être recherché dans les lointains souvenirs de l'imago parentale.

Le diagnostic différentiel se pose théoriquement avec la dysphagie sidéro-pénique (syndrome de Plummer-Vinson), mais, en dehors du dosage du fer, la structure névrotique du sujet ne laisse place à aucune ambiguïté.

L'anorexie mentale hystérique

Dans l'anorexie mentale hystérique, la personnalité est différente, comme l'attitude du sujet à l'égard du symptôme.

La cause déclenchante est habituellement facile à retrouver :

événement, émotion, situation conflictuelle, mais dans une personnalité particulière, dont la psychoplasticité convertit en manifestation somatique l'état affectif.

Le symptôme n'est l'objet d'aucune analyse, d'aucun débat ; il surgit soudain et il s'impose : la malade ne peut plus manger. Si on passe outre au veto du subconscient, elle vomit.

Elle ne peut pas manger, mais elle est incapable d'en donner les raisons, de faire la moindre analyse, quel que soit son niveau intellectuel. Des explications évasives peuvent être provoquées, suggérées : le dégoût, le blocage de l'estomac, la difficulté de digérer, l'impossibilité de déglutir, mais elles sont inconsistantes, changent selon le moment ou la forme de l'interrogatoire.

Cette conversion peut être soudaine ; pafois, quand se combinent des éléments hystéro-phobiques, un prélude phobique précède la conversion, celle-ci peut faire suite également aux banales manifestations des états névrotiques : angoisse ou troubles cénesthésiques.

On ne trouve plus l'anxiété éplorée des autres névroses, mais une sorte de passivité à l'égard du symptôme qui conditionne moins l'émoi du sujet que les plus futiles circonstances. Car cette passivité n'exclut pas une exigence extrême dont les satisfactions ou les déboires conditionnent les améliorations ou les rechutes, les attachements ou les haines, les acquiescements ou les oppositions.

C'est par le biais de cette affectivité exaltée et labile que ces malades sont suggestibles, quand le niveau intellectuel n'est pas en cause.

Combien d'épisodes d'anorexie mentale sont rythmés par les aléas de la vie sentimentale !

Mais la malade parfois délaisse le symptôme, dont le potentiel affectif pourra s'exprimer alors sous forme d'érotomanie amoureuse ou vindicative.

Les règles ne sont pas toujours perturbées. L'amaigrissement est parfois important, sans nuire à l'activité, mais la malade, empêtrée dans une conversion dont elle n'a pas conscience, si elle n'est pas aidée médicalement, risque de ne pas échapper à l'inexorable destin des anorexiques.

La névrose de conversion, où l'inconscient se substitue au conscient, postule *a priori* la sincérité ; elle semble fort éloignée du pithiatisme classique plus accessible à la suggestion, moins scindé de la conscience, et mal dégagé de la supercherie.

Enfin, dans l'anorexie mentale hystérique, la réticence alimen-

faire est différente de l'opposition systématique de certaines anorexies mentales, dites essentielles, où la conscience d'un sujet mentalement perturbé s'insurge par de multiples moyens, habituellement conscients et volontaires, contre toute absorption d'aliments.

L'anorexie mentale obsessionnelle

Avec moins de fréquence sans doute que ne l'indiquait le rapporteur Crémieux (5), « le terrain obsessionnel » conditionne certaines anorexies mentales où elles apparaissent comme la conséquence ou la manifestation d'une obsession-phobie.

Obsession par le caractère incoercible de la représentation et surtout par son aspect insolite aux yeux même de la malade ; phobie par le contenu angoissant.

Cette obsession-phobie, contre laquelle s'insurge en vain le sujet qui la juge non fondée et absurde, se distingue de la phobie simple, admise comme une éventualité redoutable, qu'une logique pessimiste rend évidente.

Car l'obsession-phobie exprime une angoisse dérivée. L'objet initial de l'anxiété rejeté par la conscience, l'objet de phobie actuel en est seulement le substitut. La malade ne peut donc y trouver le moindre fondement à ses appréhensions, mais elles ne s'imposent pas moins.

Anorexie phobique et anorexie obsessionnelle ne sont pas toujours faciles à distinguer entre elles, comme de l'anorexie hystérique d'ailleurs ; diverses composantes pouvant intervenir chez un même sujet et prendre du relief, ou s'estomper selon de mystérieux catalyseurs.

Cependant, on peut dégager de l'analyse faite par les malades ce clivage schématique :

Dans la névrose phobique, l'acte de manger est logiquement redouté.

Dans la névrose obsessionnelle, il est redouté sans raison.

Dans la névrose hystérique, il est impossible.

L'objet initial, la cause réelle de la phobie en général, peut avoir diverses origines. Un de nos malades avait exclu de ses craintes et même de son souvenir une vieille syphilis ; il était envahi de nombreuses phobies absurdes à ses propres yeux, mais profondément angoissantes, parmi lesquelles émergea quelquefois celle de la paralysie générale.

(5) Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Montpellier, 28-29-30 octobre 1942.

Dans l'anorexie mentale, selon une perspective freudienne, le refus d'introduire dans son corps évoque un symbolisme sexuel, *a priori* simpliste.

Mais, dans les anorexies obsessionnelles, souvent la narco-analyse a fait apparaître un fond d'anxiété, parfois de l'auto-dépréciation en rapport avec des craintes de fécondation, ou une première expérience sexuelle.

L'obsession-phobie, génératrice ou non d'anorexie, se trouve le plus souvent dans une constitution psychasthénique, tandis que la phobie simple complique habituellement les états névrotiques (6).

Mais ces facteurs sont interchangeables : les troubles cénesthésiques des états névrotiques accompagnent souvent ou précèdent les épisodes obsessionnels ; ils peuvent également surgir dans une constitution psychasthénique, comme celle-ci peut se compliquer d'épisodes phobiques non obsessionnels.

L'aspect compulsionnel de la névrose obsessionnelle dans l'anorexie mentale peut se concevoir sous forme de rites conjuratoires, de protocoles sélectifs auxquels font penser certains comportements d'anorexiques, rapportés par divers auteurs.

L'anorexie mentale essentielle

L'anorexie mentale essentielle devrait, pour justifier son autonomie, se différencier des autres par ses symptômes, ses mécanismes, son évolution, mais on la définit plus par les circonstances de son éclosion (âge, sexe, milieu familial) que par ses caractères propres.

Ces critères traditionnels nous ont paru aléatoires et toujours induits en erreur.

Nous évoquerons brièvement deux observations qui nous avaient semblé répondre particulièrement aux critères, aux conditions et aux apparences de l'anorexie mentale essentielle et dont le diagnostic dut être révisé.

La première, fille unique, âgée de 18 ans, pesait 35 kilos 500 à son entrée, son poids habituel étant de 55 kilos.

Avec les jambes arquées du fait de la fonte musculaire, le bassin dessiné sous sa peau sèche, ses joues creuses, ses malaires saillants, elle évoquait un personnage de danse macabre.

Elle échouait dans le service après un long périple médical et de nombreuses investigations radiologiques et biologiques.

(6) P. Lôo. — Névroses et états névrotiques. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1956.

Les règles étaient arrêtées depuis plusieurs mois.

Le glucose était à 0,62 au King-Garner.

Le métabolisme basal à — 30 %, le cœur assourdi, le pouls lent.

Aucune composante névrotique anxieuse, obsessionnelle, phobique ou hystérique n'apparaissait, aucun élément évocateur de schizophrénie, aucun traumatisme affectif dont la malade ait eu conscience.

La notion d'anorexie mentale essentielle émergeait, en présence de cette jeune fille, bien intégrée dans le milieu familial, où l'anorexie, comme la maigreur, s'était installée progressivement sans nuire à l'activité.

Mais, au cours de la narco-analyse, la malade insiste sur le surmenage que lui imposaient, en vue d'un concours, deux maîtresses zélées et le rythme de vie accéléré, contraire à ses habitudes et à son tempérament de Nivernaise placide et lente.

L'angoisse de ne pouvoir satisfaire aux exigences de maîtresses dévouées et qu'elle aimait semble avoir trouvé sa décharge dans la conversion névrotique.

La situation conflictuelle s'est résolue névrotiquement par la transposition sur le plan organique d'un état affectif.

C'est là un mécanisme dont nous avons signalé la fréquence dans les névroses actuelles (7), où le sujet réagit selon un mode psychosomatique propre à l'homme, quand les conditions de la vie dépassent ses possibilités d'adaptation (8).

La deuxième observation concerne une jeune fille de 16 ans, très brillante élève d'un lycée, qui déjà amusait ses camarades lorsqu'elle découpait en quatre parties les haricots de l'internat.

Elle avait perdu 18 kilos en quelques mois, dont huit durant un mois de vacances au Tyrol.

Elle n'a, affirme-t-elle, aucun désir de maigrir, mais une répulsion pour les aliments, la viande d'abord et bientôt les pâtes et les féculents.

L'aménorrhée est installée depuis longtemps.

L'activité reste très grande : la première levée, la dernière couchée, préférant le travail aux distractions, aimant l'étude en soi — et la musique romantique. Marcheuse infatigable, elle ne se sent ni malade, ni fatiguée et subit, résignée, les traitements qu'on lui impose.

(7) Névroses actuelles est pris dans le sens des psychanalystes pour les distinguer des névroses constitutionnelles.

(8) P. Lôo, Mlle G. Eloy et J.-P. Duflot. — Les névroses. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1957, p. 674.

Elle se dit végétarienne, mais dissimule dans sa serviette ou ses vêtements tous les aliments qu'elle peut soustraire ; après les repas, elle se réfugie dans les W.-C. pour se faire vomir.

Isolée du milieu familial (ménage d'instituteurs), traitée par narco-analyse, électro-narcose et petite insuline, elle sort apparemment guérie et reprend ses études.

Mais elle revient en clinique quelques mois après, à nouveau anorexique et ayant fait une brève fugue. On découvre alors un riche syndrome d'influence. Elle l'avait caché lors du premier séjour, car elle ne voulait pas que « cela se sache ».

Après les traitements classiques de la schizophrénie, on conseilla l'arrêt des études.

Elle travaille comme laborantine et paraît d'autant plus parfaite professionnellement qu'elle est plus exclusivement polarisée vers son métier, n'ayant pas les divers centres d'intérêt où se disperse habituellement la jeunesse.

*
**

Elles nous avaient pourtant semblé particulièrement caractéristiques ces deux anorexies mentales essentielles des jeunes filles, dont l'une était une banale manifestation névrotique par transposition sur le plan organique d'un état affectif (névrose de conversion), la seconde l'expression organique d'un état mental (schizophrénie).

Avec divers auteurs, Porot (9) réserve le terme d'anorexie mentale à un « syndrome particulier rencontré chez certaines jeunes filles et caractérisé par quatre symptômes principaux : anorexie, amaigrissement, aménorrhée et un état mental particulier ».

On conçoit mal une anorexie sans « un état mental particulier », qu'il conviendrait de définir.

Est-ce vraiment le définir que d'invoquer toutes les éventualités de la pathologie mentale : « dispositions caractérielles et constitutionnelles propres, débilité mentale, hyperémotivité, tendances schizoïdes ou paranoïaques, surcharge de pithiatisme avec sa vanité ou sa malignité, parfois constitution périodique » (10).

En outre, la pratique nous a montré bien souvent que l'ano-

(9) Porot. — Article Anorexie mentale, in *Vocabulaire alphabétique de psychiatrie*, P.U.F.

(10) Porot. — Article Anorexie mentale, in *Vocabulaire alphabétique de psychiatrie*, P.U.F.

rexie mentale ainsi définie n'était pas l'apanage exclusif des jeunes filles.

Mme P..., âgée de 27 ans, mariée et mère de deux enfants, à la suite d'ennuis conjugaux, ne pouvait plus manger en présence du mari, mais très vite une anorexie complète apparut avec arrêt des règles ; elle pesait 26 kilos 500 lors de son hospitalisation. Vue récemment, réadaptée à son métier qu'elle arrêta trois ans, séparée du mari, en instance de divorce, elle nous déclarait : « Je ne pensais pas que la mésentente conjugale pouvait conduire à ça. »

Aspect endocrinien.

Si on ne la confond plus avec la maladie de Simmonds, si on n'en fait plus un syndrome hypophysaire, l'anorexie mentale essentielle tire, pour certains auteurs, l'originalité des troubles endocriniens qui l'accompagnent.

Mais les psychoses, les névroses, les chocs affectifs, les « stress », peuvent avoir un retentissement hormonal. Comme le Basedow, les aménorrhées d'origine émotive sont bien connues, toutes n'ayant pas d'ailleurs le même mécanisme et le même pronostic, comme l'indiquent Netter et ses collaborateurs (11).

Ces auteurs rappellent les travaux de Bouti, Limage, en 1952, sur des aménorrhées dues à des circonstances émotives spéciales (conflit familial, bombardements), et ceux de Klinefelter, Albright, Griswold, Reifenstein, sur les aménorrhées de type hypothalamique.

Mais Netter et ses collaborateurs rapportent dix cas d'aménorrhée émotive où l'hypophyse n'est « sûrement » pas impliquée et pour lesquelles ils invoquent une action directe *neuro-ovarienne ;* certaines même, pensent-ils, pouvant relever d'un pur trouble fonctionnel de la réceptivité utérine.

Les aménorrhées empruntant la voie hypothalamo-hypophysaire seraient d'un pronostic excellent, guérissant automatiquement après le trouble psychologique ; celles à mécanisme directement neuro-ovarien d'un pronostic plus sévère.

Il ne nous paraît pas déraisonnable de penser que la diversité des mécanismes peut être fonction de l'intensité du facteur psychique, de la fragilité du système nerveux et surtout de la qualité peut-être des récepteurs périphériques.

Pour ces derniers, l'âge peut *a priori* être invoqué, mais sûre-

(11) Netter, A. Lambert-Netter, P. Lombroso, O. Mantel et Faure. — Aménorrhées ovarioplégiques (ménopause neurogène). *Annales d'endocrinologie,* novembre-décembre 1957, p. 1014 à 1020.

ment les prédispositions héréditaires, ainsi que l'affirment les endocrinologistes, ayant remarqué la fréquence des aménorrhées dans une même lignée.

Dans l'anorexie mentale essentielle, la conjonction de divers facteurs (psychologiques, héréditaires, âge) provoque sans doute la double réponse : anorexie, aménorrhée.

Mais il n'y a aucune raison de penser que le mécanisme conditionnant chacun de ces symptômes, quand il est isolé, est différent de celui qui les conditionne lorsqu'on les trouve réunis.

Admettre l'anorexie mentale essentielle comme une entité clinique postule qu'on l'individualise par ses symptômes et par l'originalité de leur processus, ce qui reste à faire tant sur le plan hormonal que psychologique.

En précisant qu'une restriction alimentaire, dite souvent anorexie mentale, est phobique, obsessionnelle, hystérique ou schizophrénique, nous évoquons derrière le symptôme un mécanisme, une structure particuliers, et nous ouvrons des perspectives plus nuancées de traitement.

Mais le terme d'anorexie mentale essentielle nous paraît exprimer une incomplète information, parfois un camouflage de symptômes par la malade, dont nous sommes dupes.

Heureusement, il n'est pas toujours nécessaire de bien comprendre pour traiter, guérir et même dogmatiser.

En somme, la vaine recherche de l'anorexie mentale essentielle nous incite à croire, hâtivement peut-être, qu'elle n'existe pas.

Car si la psychiatrie l'invoque, elle ne l'identifie pas ; l'hormonologie ne lui apporte aucun critère spécifique et la psychanalyse, qui du symptôme remonte à la structure de la personnalité, la méconnaît.

Conclusion

Au terme de cet exposé, nous espérons avoir, un peu, justifié nos doutes, en ce qui concerne l'authenticité de l'anorexie mentale essentielle, dont les symptômes invoqués pour l'individualiser approximativement peuvent se trouver également chez des femmes mariées et mères de famille, et dans diverses formes pathologiques (psychoses ou névroses).

En second lieu, nous avons voulu souligner l'ambiguïté du terme anorexie mentale, pris souvent dans le sens de restriction alimentaire et qui peut correspondre à des mécanismes différents.

En présence d'un refus d'aliments, divers problèmes se poseront au psychiatre.

Dans une première démarche, il devra éliminer : l'éventualité d'une cause organique camouflée. Breton et Mars (12) ont, dans une remarquable observation, montré le danger d'un diagnostic « basé sur des apparences cliniques et des présomptions psychologiques ».

« Il ne suffit pas, disent ces auteurs, qu'un examen somatique soit négatif. Il faut que l'examen psychiatrique décèle les signes positifs d'une psychogénèse. » Ceux-ci se définiront, pensons-nous, par la structure de la personnalité et les mécanismes psychologiques.

Mais, en présence d'une restriction alimentaire, il y aura lieu de préciser s'il y a ou non anorexie, c'est-à-dire perte de l'instinct de la faim et impression précoce ou anticipée de satiété.

Les découvertes de la physiologie, qui a isolé dans l'hypothalamus les centres de la satiété et de la faim, confirment et aident à comprendre ce que la clinique faisait pressentir et que nous avons précédemment exposé (13).

Certaines restrictions alimentaires ne sont pas accompagnées d'anorexie ; d'autres, au contraire, sont conditionnées par l'anorexie.

L'anorexie mentale ne doit plus englober l'ensemble des conduites alimentaires restrictives aux conditionnements si divers, mais elle doit, parmi celles-ci, prendre la place d'un éventuel symptôme pouvant accompagner les réductions alimentaires des psychoses et des névroses.

Dans la mesure où nous situerons l'anorexie mentale dans un cadre nosographique, où nous préciserons l'étiologie, le mécanisme, nous pourrons mieux adapter le traitement qui convient à chaque malade et présumer de son destin.

(12) Jacques Breton et Francis Mars. — Une anorexie qui n'était pas « mentale ». *Presse médicale*, 20 novembre 1957.

(13) Pierre Lôo et Jean-Pierre Duflot. — Troubles des conduites alimentaires. Leurs variétés. Leurs conditionnements. *Société médico-psychologique*, séance du 7 juillet 1958.

BIBLIOGRAPHIE

Abély (P). — L'anorexie mentale. *Les feuillets médicaux,* Maloine édit., fasc. 4.

Arroud-Vignod (J.-L.). — L'anorexie mentale : étude de quelques mécanismes pathogéniques. *Thèse médicale,* Bordeaux, 1956.

Decourt (J.) et Michard (J.). — L'aménorrhée des anorexies mentales. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* séance du 10 novembre 1950.

Delay (J.). — La narco-analyse d'une anorexie mentale. *Presse médicale,* 18 juin 1949.

Donnadieu (A.). — L'anorexie mentale (ses caractères psychologiques). *Thèse,* Bordeaux, 1932.

Hugues (P.). — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, Montpellier, 1942. Comptes rendus. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie,* t. 1.

Michaux (M.-L.) et Janet (G.). — Un facteur d'anorexie mentale des adolescents. La répudiation des soucis matériels. Affirmation « d'intellectualisme pur ». *Presse médicale,* 1er février 1956.

Scouras (Ph.), d'Athènes. — Anorexie mentale d'origine complexuelle. Action combinée de l'électro-choc et de la narco-analyse. *Encéphale,* 1950, n° 6.

EN RELISANT BALZAC
PSYCHIATRE OCCASIONNEL

par

Paul ABELY

C'est tomber un peu dans la banalité du déjà dit que de rappeler le génie d'observation de Balzac. Certains sont allés jusqu'à le comparer à Molière.

Toute l'œuvre de Balzac est imprégnée de cette probité intellectuelle qui ne transigeait ni avec la précision, ni avec la minutie du détail, ni avec la rigueur de la documentation. Son mérite était d'autant plus grand que, traqué par ses créanciers, contraint à écrire trois ou quatre romans par an (quatre-vingt-dix-sept en 20 ans), il ne le pouvait qu'au prix d'une existence de forçat, au détriment de ses nuits et de sa santé, luttant contre le sommeil en buvant sans cesse ou en mâchant du café.

Il devait en mourir, précocement, à 51 ans, d'une attaque d'apoplexie.

En dehors de ces principaux personnages si finement psychoanalysés, on trouve, dans plusieurs de ses œuvres, des types psychopathologiques et même d'authentiques aliénés ; on les découvre en particulier dans « Le Colonel Chabert », « Modeste Mignon », « Adieu », « Louis Lambert », etc... Quoiqu'ayant eu des relations intermittentes avec Esquirol, le grand spécialiste de son temps, Balzac était pratiquement ignorant de la psychiatrie et ses quelques diagnostics d'intuition, encore valables aujourd'hui, montrent les traits de son génie. D'ailleurs, n'écrivait-il pas lui-même : « Chez moi, l'observation était devenue intuitive. Elle pénétrait l'âme sans négliger le corps, ou plutôt elle saisissait si bien les détails extérieurs qu'elle allait sur le champ au-delà. »

Ann. méd.-psych., 116e année, t. II. — Novembre 1958.

C'est le cas de Louis Lambert qui semble l'avoir le plus préoccupé, le plus effrayé aussi, car il écrivait : « La vue de Louis avait exercé sur moi je ne sais quelle influence sinistre, je redoutais de me retrouver dans cette atmosphère enivrante où l'extase était contagieuse. Chacun aurait éprouvé comme moi l'envie de se précipiter dans l'infini. »

Quand on a lu en presque totalité l'œuvre de Balzac, on arrive assez bien à découvrir sa technique. Celle-ci partait presque toujours d'un souvenir personnel qui l'avait particulièrement frappé. Alors, il décidait d'en analyser toute l'ambiance et tous les processus. D'ailleurs, plusieurs de ses personnages, définitivement « disséqués » par lui, se retrouvent dans beaucoup de ses romans.

Certes, emporté par son imagination débordante, Balzac avait presque tendance à amplifier les faits, à les grossir. C'est ainsi que, quand il veut prouver à son lecteur la vivacité et la précocité intellectuelles de Louis Lambert, il dit qu'à 5 ans il lisait déjà l'Ancien et le Nouveau Testament ; on en reste un peu perplexe. Balzac avait aussi une propension, d'ailleurs de son époque, à s'aventurer en de vastes ébauches philosophiques ; si bien qu'on ne sait plus exactement ce qui découle de sa propre impétuosité de pensée, ou de sa minutieuse documentation. C'est justement ce mélange que l'on retrouve dans Louis Lambert.

Il n'en apparaît pas moins que, dans ce livre, l'auteur apporte une observation directe : celle d'un de ses camarades du collège de Vendôme, de deux ans à peine son cadet, avec qui il vécut pendant plusieurs années et qui mourut en état de « démence » à l'âge de 28 ans.

La description terminale très précise qu'il en fait permet de comprendre qu'il s'agit peut-être d'un cas de démence précoce, maladie décrite 70 ans plus tard, pour la première fois, par Kræpelin. Voici le croquis remarquable qu'il dessine de ce cas d'hébéphréno-catatonie ? (le malade alors âgé de 26 ans était anormal depuis trois ans) :

« Monsieur, lui dit-elle, est ton ami de collège. Lambert ne répondit pas. Je pus enfin le voir, et il m'offrit un de ces spectacles qui se gravent à jamais dans la mémoire. Il se tenait debout, les deux coudes appuyés sur la saillie formée par la boiserie, en sorte que son buste paraissait fléchir sous le poids de sa tête inclinée. Ses cheveux, aussi longs que ceux d'une femme, tombaient sur ses épaules, et entouraient sa figure de manière à lui donner de la ressemblance avec les bustes qui représentaient les grands hommes du siècle de Louis XIV.

Son visage était d'une blancheur parfaite. Il frottait habituellement une de ses jambes sur l'autre par un mouvement machinal que rien n'avait pu réprimer, et le frottement continuel des deux os produisait un bruit affreux. Auprès de lui se trouvait un sommier de mousse posé sur une planche.

« Il lui arrive très rarement de se coucher, me dit Mlle de Villenoix, quoique, chaque fois, il dorme pendant plusieurs jours.

« Louis se tenait debout comme je le voyais, jour et nuit, les yeux fixes, sans jamais baisser et relever les paupières comme nous en avons l'habitude. Après avoir demandé à Mlle de Villenoix si un peu plus de jour ne causerait aucune douleur à Lambert, sur sa réponse, j'ouvris légèrement la persienne, et pus voir alors l'expression de la physionomie de mon ami. Hélas ! déjà ridé, déjà blanchi, enfin déjà plus de lumière dans ses yeux, devenus vitreux comme ceux d'un aveugle. Tous ses traits semblaient tirés par une convulsion vers le haut de sa tête. J'essayai de lui parler à plusieurs reprises, mais il ne m'entendit pas. C'était un débris arraché à la tombe, une espèce de conquête faite par la vie sur la mort, ou par la mort sur la vie. J'étais là depuis une heure environ, plongé dans une indéfinissable rêverie, en proie à mille idées affligeantes. J'écoutais Mlle de Villenoix qui me racontait dans tous ses détails cette vie d'enfant au berceau. Tout à coup, Louis cessa de frotter ses jambes l'une contre l'autre et dit d'une voix lente : " Les anges sont blancs. " Je ne puis expliquer l'effet produit sur moi par cette parole, par le son de cette voix tant aimée, dont les accents attendus péniblement me paraissaient à jamais perdus pour moi. Malgré moi, mes yeux se remplirent de larmes. »

Balzac, par sa seule acuité d'observation, isole les diverses modalités des attitudes catatoniques, le négativisme et la stupeur, les stéréotypies, le mutisme et les brusques explosions verbales, l'hypersomnie intermittente. D'ailleurs, à un certain passage, il emploie l'expression suivante : « La vie de cet immense cerveau a sans doute craqué de toutes parts, comme un empire trop vaste », prononçant presque le mot de dislocation, de déstructuration.

Balzac insiste aussi beaucoup et très justement sur les états d'extase mystique et de béatitude dans lesquels se plongeait depuis longtemps déjà Louis Lambert, signes eux aussi assez caractéristiques du syndrome schizophrénique.

En relisant ce livre et sa documentation clinique, je ne pouvais m'empêcher d'évoquer le souvenir d'une malade également tourangelle, dont Pignède et moi avions publié l'observation dans les *Annales médico-psychologiques* en 1929 : même milieu, car, comme le héros de Balzac, elle avait vécu pendant quelques

années chez un parent qui était prêtre. Mêmes tendances précoces à la rêverie, surtout à la rêverie mystique, avec un mélange d'orgueil, de besoin de domination, avec propension aux idées mégalomaniaques, avec discrètes mais évidentes manifestations hystériformes. Puis, brusquement, un jour, un subit accès de confusion mentale assez rapidement apaisé, mais laissant après lui d'inquiétants reliquats : les phases d'extase aboutissent peu à peu à la catalepsie et au mutisme, puis à l'hébéphréno-catatonie.

Chez Louis Lambert, Balzac a exactement observé les mêmes symptômes et les décrit avec une exactitude d'autant plus frappante qu'elle émane d'un profane, et cette exactitude permet d'écarter toute suspicion d'imagination pure.

Son héros, d'après le *curriculum vitæ* que rapporte l'auteur, ne portait le poids d'aucune hérédité pathologique. Précocement avide de nourritures intellectuelles, il délaissa, quoiqu'enfant unique, la tannerie familiale, pour être confié à son oncle curé, chez qui il dévora le contenu d'une bibliothèque très éclectique. Cet oncle l'affectionnait jusqu'à la faiblesse. Puis ce fut à 12 ans le collège de Vendôme où il se montra élève fantasque, indiscipliné, mais réussissant brillamment quand il le voulait. Il avait énormément de mal à s'habituer à la très dure discipline des oratoriens et en souffrait beaucoup :

« Pendant les premiers mois de son séjour à Vendôme, écrit Balzac, Louis devint la proie d'une maladie dont les symptômes furent imperceptibles aux yeux des surveillants... La privation de l'air pur et parfumé des campagnes dans lequel il avait jusqu'alors vécu, le changement de ses habitudes, la discipline, tout contriste Lambert. La tête toujours appuyée sur sa main gauche et le bras accoudé sur son pupitre, il passait les heures d'étude à regarder dans la cour le feuillage des arbres ou les nuages du ciel... Semblable aux hommes méditatifs qui, dans le calme de leurs rêveries, contractent l'habitude de quelque mouvement machinal, il avait la manie de jouer avec ses souliers et les détruisait en peu de temps. Son teint de femme, la peau de ses oreilles, ses lèvres, se gerçaient au moindre froid. Ses mains si molles, si blanches, devenaient rouges et turgides. Il s'enrhumait constamment... Cette nostalgie dura plusieurs mois. »

Balzac devint son unique confident et entre eux naquit une intense amitié. Chacun échangeait avec l'autre le contenu de ses préoccupations imaginatives et de ses ambitions.

Lambert répétait : « Je serai célèbre et toi aussi. Nous serons tous deux les chimistes de la volonté. » Son cerveau était parti-

culièrement habile aux abstractions, parallèlement à tout ce qui était mathématiques ou géométrie.

Balzac scinde, très cliniquement, en trois étapes, la courte existence de Louis Lambert :

« Pour moi, la vie de son intelligence s'est scindée en trois phases : Soumis, dès l'enfance, à une précoce activité, due sans doute à quelque maladie ou à quelque imperfection de ses organes ; dès l'enfance, ses forces se résumèrent par le jeu de ses sens intérieurs et par une surabondante production de fluide nerveux. Homme d'idées, il lui fallut étancher la soif de son cerveau, qui voulait s'assimiler toutes les idées. De là, ses lectures, ses réflexions, qui lui donnèrent le pouvoir de réduire les choses à leur plus simple expression, de les absorber en lui-même pour les y étudier dans leur essence. Les bénéfices de cette magnifique période, accomplie chez les autres hommes après de longues études seulement, échurent donc à Lambert pendant son enfance corporelle ; enfance heureuse, enfance colorée par les studieuses félicités du poète. Le terme où arrivent la plupart des cerveaux fut le point d'où le sien devait partir un jour à la recherche de quelques nouveaux mondes d'intelligence. Là, sans le savoir encore, il s'était créé la vie la plus exigeante et, de toutes, la plus avidement insatiable. Pour exister, ne lui fallait-il pas jeter sans cesse une pâture à l'abîme qu'il avait ouvert en lui ?... N'était-ce pas la débauche importée dans l'âme, et qui devait la faire arriver, comme les corps saturés d'alcool, à quelque combustion instantanée ? Cette première phase cérébrale me fut inconnue ; aujourd'hui seulement, je puis m'en expliquer ainsi les prodigieuses fructifications et les effets. Lambert avait alors 13 ans.

Je fus assez heureux pour assister aux premiers jours du second âge. Lambert, et cela le sauva peut-être, y tomba dans toutes les misères de la vie collégiale, et y dépensa la surabondance de ses pensées. Après avoir passé des choses à leur expression pure, des mots à leur substance idéale, de cette substance à des principes, après avoir tout abstrait, il aspirait, pour vivre, à d'autres créations intellectuelles. Dompté par les malheurs du collège et par les crises de sa vie physique, il demeura méditatif, devina les sentiments, entrevit de nouvelles sciences, véritables masses d'idées ! Arrêté dans sa course, et trop faible encore pour contempler les sphères supérieures, il se contempla intérieurement. Il m'offrit alors le combat de la pensée, réagissant sur elle-même et cherchant à surprendre les secrets de sa nature, comme un médecin qui étudierait les progrès de sa propre maladie...

La troisième phase dut m'échapper. Elle commençait lorsque je fus séparé de Louis, qui ne sortit du collège qu'à l'âge de 18 ans, vers le milieu de l'année 1815. Louis avait alors perdu son père et sa mère depuis environ six mois. Ne rencontrant personne dans sa

famille avec qui son âme, toute expansive mais toujours comprimée depuis notre séparation, pût sympathiser, il se réfugia chez son oncle, nommé son tuteur, et qui, chassé de sa cure en sa qualité de prêtre assermenté, était venu demeurer à Blois. Louis y séjourna pendant quelque temps. Dévoré bientôt par le désir d'achever des études qu'il dut trouver incomplètes, il vint à Paris pour puiser la science à ses plus hautes sources. Le vieux prêtre, ayant un grand faible pour son neveu, laissa Louis libre de manger son héritage pendant un séjour de trois années à Paris, quoiqu'il y vécut dans la plus profonde misère. Cet héritage consistait en quelques milliers de francs. Lambert revint à Blois vers le commencement de l'année 1820, chassé de Paris par les souffrances qu'y trouvent les gens sans fortune. Pendant son séjour, il dut y être souvent en proie à des orages secrets, à ces horribles tempêtes de pensées par lesquelles les artistes sont agités. »

L'histoire de la vie de Louis Lambert dans la capitale est plus incertaine. Balzac n'en regroupa que quelques éléments, grâce aux renseignements incomplets que lui fournit l'oncle du malade et surtout grâce à la correspondance qu'il avait alors échangée avec ce dernier. L'auteur l'a probablement un peu romancée, mais cependant dans un sens toujours identique, car on retrouve occasionnellement son héros dans d'autres romans. Il y est dit que Lambert étudia alors l'anatomie comparée, la physique, la géométrie. Voici la citation de quelques passages disparates contenus dans les lettres qu'il aurait alors adressées à son oncle :

« " ...Je vais bientôt quitter ce pays, où je ne saurais vivre. Je n'y vois aucun homme aimer ce que j'aime, s'occuper de ce qui m'occupe, s'étonner de ce qui m'étonne. Forcé de me replier sur moi-même, je me creuse et je souffre. La longue et patiente étude que je viens de faire de cette société donne des conclusions tristes où le doute domine. Ici, le point de départ en tout est l'argent Il faut de l'argent, même pour se passer d'argent. Mais, quoique ce métal soit nécessaire à qui veut penser tranquillement, je ne me sens pas le courage de le rendre l'unique mobile de mes pensées. Pour amasser une fortune, il faut choisir un état... Je ne me suis senti propre à rien en ce genre. Je préfère la pensée à l'action, une idée à une affaire, la contemplation au mouvement. Je manque essentiellement de la constante attention nécessaire à qui veut faire fortune... " " Je suis assurément occupé de pensées graves, je marche à certaines découvertes, une force invisible m'entraîne vers une lumière qui a brillé de bonne heure dans les ténèbres de ma vie morale ; mais quel nom donner à la puissance qui me lie les mains, qui me ferme la bouche, et m'entraîne en sens contraire à ma vocation... " " Je me sens fort,

énergique, et pourrais devenir une puissance ; je sens en moi une vie si lumineuse qu'elle pourrait animer un monde, et je suis enfermé dans une sorte de minéral. Il faudrait embrasser tout ce monde, l'étreindre pour le refaire ; mais ceux qui l'ont ainsi étreint et refondu n'ont-ils pas commencé par être un rouage de la machine ? Moi, je serais broyé. A Mahomet le sabre, à Jésus la Croix, à moi la mort obscure ; demain à Blois, et quelques jours après dans un cercueil... ". »

Après avoir ainsi situé Louis Lambert dans *Les modes infinis de sa vie intérieure,* Balzac nous fait entrer dans le domaine de la vie affective et instinctive de son héros. Il le présente comme un sujet, jusque-là, rigoureusement chaste, d'une chasteté hautaine, assez paranoïaque, puis brusquement envahi et dévoré à 25 ans par l'éblouissement d'un amour excessif, unique, qui le déborde de toute part et qui le conduit à une nouvelle extase.

Cet élan passionnel exclusif s'exprime dans les messages qu'envoie Lambert à Mlle de Villenoix, objet de cette frénésie. Voici quelques passages de ces lettres que l'auteur prétend lui avoir été confiées par Mlle de X... (?) :

« ...Adieu la gloire, adieu la vie que je rêvais ! Maintenant, ma tant aimée, ma gloire est d'être à toi, digne de toi : mon avenir est tout entier dans l'espérance de te voir ; et ma vie, n'est-ce pas de rester à tes pieds, de me coucher sous tes regards, de respirer en plein dans les cieux que tu m'as créés ? Toutes mes forces, toutes mes pensées doivent t'appartenir, à toi qui m'as dit ces enivrantes paroles : " Je veux tes peines ! " Ne serait-ce pas dérober des joies à l'amour, des moments au bonheur, des sentiments à ton âme divine, que de donner des heures à l'étude, des idées au monde, des poésies aux poètes... »

« Comment, cœur chéri, plus d'obstacles ! Nous serons libres d'être l'un à l'autre, chaque jour, à chaque heure, à chaque moment, toujours ! Nous pourrons rester, pendant toutes les journées de notre vie, heureux comme nous le sommes furtivement en de rares instants ! Quoi ! nos sentiments si purs, si profonds, prendront les formes délicieuses des mille caresses que j'ai rêvées. Ton petit pied se déchaussera pour moi, tu seras toute à moi ! Ce bonheur me tue, il m'accable. Ma tête est trop faible, elle éclate sous la violence de mes pensées. Je pleure et je ris, j'extravague... »

Mais de cet amour paroxystique, il ne veut aucun témoin :

« ...Demain, notre amour se saura donc ! Ah ! Pauline, ces regards des autres à supporter, cette curiosité publique me serre le cœur.

Allons à Villenoix, restons-y loin de tout. Je voudrais qu'aucune créature ayant face humaine n'entrât dans le sanctuaire où tu seras à moi ; je voudrais même qu'après nous il n'existât plus, qu'il fût détruit. Oui, je voudrais dérober à la nature entière un bonheur que nous sommes seuls à comprendre, seuls à sentir, et qui est tellement immense, que je m'y jette pour y mourir : c'est un abîme... »

L'auteur fait perdre la raison à son héros, à la veille même de son mariage, ainsi que le raconte l'oncle :

« ...Lambert aurait donné quelques marques de folie avant son mariage, mais ces symptômes lui étant communs avec tous ceux qui aiment passionnément, ils me parurent moins caractéristiques lorsque je connus, et la violence de son amour, et Mlle de Villenoix... Le fait le plus grave était survenu quelques jours avant le mariage des deux amants. Louis avait eu quelques accès de catalepsie bien caractérisés. Il était resté pendant cinquante-neuf heures immobile, les yeux fixes, sans manger, ni parler ; état purement nerveux dans lequel tombent quelques personnes en proie à de violentes passions ; phénomène rare, mais dont les effets sont parfaitement connus des médecins. S'il y avait quelque chose d'extraordinaire, c'est que Louis n'eût pas eu déjà plusieurs accès de cette maladie, à laquelle le prédisposaient son habitude de l'extase et la nature de ses idées. Mais sa constitution extérieure et intérieure était si parfaite qu'elle avait sans doute résisté jusqu'alors à l'abus de ses forces. L'exaltation à laquelle dut le faire arriver l'attente du plus grand plaisir physique, encore agrandie chez lui par la chasteté du corps et par la puissance de l'âme, avait bien pu déterminer cette crise dont les résultats ne sont pas plus connus que la cause. Les lettres que le hasard a conservées accusent d'ailleurs assez bien sa transition de l'idéalime pur dans lequel il vivait au sensualisme le plus aigu »... Lorsque son accès fut passé, me dit-il, mon neveu tomba dans une terreur profonde, dans une mélancolie que rien ne put dissiper. Il se crut impuissant. Je me mis à le surveiller avec l'attenion d'une mère pour son enfant, et le surpris heureusement au moment où il allait pratiquer sur lui-même l'opération à laquelle Origène crut devoir son talent. Je l'emmenai promptement à Paris pour le confier aux soins de M. Esquirol. Pendant le voyage, Louis resta plongé dans une somnolence presque continuelle, et ne me reconnut plus. A Paris, les médecins le regardèrent comme incurable et conseillèrent unanimement de le laisser dans la plus profonde solitude, en évitant de troubler le silence nécessaire à sa guérison improbable, et de le mettre dans une salle fraiche où le jour serait constamment adouci... »

Avant sa mort, Lambert aurait, dans des périodes de semi-

lucidité, rédigé d'étranges écrits que Balzac dit avoir pu recueillir. On y retrouve quelques phrases énigmatiques, telles celles-ci :

« ...En unissant son corps à l'action élémentaire, l'homme peut arriver à s'unir à la lumière par son intérieur... Trois et sept sont les deux plus grands nombres spirituels... Nulle part, le mouvement n'est stérile, partout il engendre le nombre, mais il peut être neutralisé par une résistance supérieure, comme dans le minerai... Trois est la formule des mondes créés. Il est le signe spirituel de la création comme il est le signe matériel de la circonférence. En effet, Dieu n'a procédé que par des lignes circulaires. La ligne droite est l'attribut de l'infini ; aussi l'homme qui pressent l'infini, la reproduit-il dans ses œuvres. Deux est le nombre de la génération. Trois est le nombre de l'existence, qui comprend la génération et le produit. Ajoutez le quartenaire, vous avez le sept, qui est la formule du ciel. Dieu est au-dessus, il est l'unité. »

*
**

Bien d'autres médecins, spécialistes ou non, se sont penchés sur la forte personnalité de Balzac et sur l'originalité de son œuvre. J'ignore cependant si ce curieux ouvrage qu'est « Louis Lambert » a été étudié au point de vue psychiatrique ? Sa lecture m'a frappé par « sa continuité et sa vérité clinique » et j'ai été ainsi conduit à en approfondir l'analyse.

Certes, il s'agit d'un roman et il est probable que Balzac a donné, selon son habitude, libre cours à son génie imaginatif. Cependant, il apparaît tout aussi acceptable, tant certains détails révèlent une observation profonde, que l'auteur soit parti d'une documentation importante et d'une succession d'événements authentiques ; car le cas de Louis Lambert ne déparerait en aucune façon un ouvrage de psychiatrie. Je m'y suis particulièrement attaché parce que cette narration émane d'un profane et qu'à l'époque où elle a été rédigée (en 1832), il fallait attendre 70 ans environ avant que Kræpelin ne groupât les symptômes essentiels de la démence précoce. On pourrait presque dire que non seulement Balzac a précédé l'aliéniste de Münich dans cette description, mais qu'il l'a aussi dépassé ; car certaines de ses illustrations rejoignent celles du syndrome schizophrénique selon les conceptions de ces derniers temps.

On y retrouve en effet la description d'une constitution précocement névrotique et psychotique à composante hystéro-paranoïaque et peut-être psychasthénique : hyperaffectivité conver-

gente, réactions excessives, orgueil et ambition, tendance à l'extase, au rêve et à l'abstrait, — enfance douillette, un peu fantasque avec curiosité intellectuelle précoce —, puis brusque transplantation de la vie campagnarde et libre à la dure existence du pensionnaire cloîtré : alors nostalgie, rébellion, sensation d'un premier échec, gros retentissement neuro-végétatif, amitié exclusive et jalouse, inaptitude à s'adapter au milieu, refuge dans l'abstraction et l'extase et aussi auto-contemplation intérieure un peu narcissiste.

La troisième étape de sa vie : la parisienne, permet de suivre ses essais de structuration et de maturation, lesquels aboutissent à de nouveaux échecs.

Et, surtout, on remarque déjà une ébauche de discordance, d'ambivalence entre la pensée, les élans affectifs et l'action :

« Je me sens fort, énergique, je pourrais devenir une puissance, mais quel nom donner à celle qui me lie les mains, qui me ferme la bouche et m'entraîne en sens contraire de ma vocation... je suis enfermé dans une sorte de minéral. » Figé dans l'angoisse comme le dirait un existentialiste, glacé dans son inhibition.

A cette hypertension psychologique et à cette asthénie dans l'action, s'ajoutait une tension nerveuse créée par la stricte chasteté de ce jeune adulte, chasteté dont la motivation n'a pas été abordée par Balzac, mais qu'il aurait été évidemment essentiel de connaître. Peut-être, pourrait-on admettre l'hypothèse d'une « constitution schizoïde », encore que ce terme n'ait jamais été exactement précisé et défini, et qu'il me semble représenter la synthèse de *plusieurs composantes névrotiques*. Mais il est équitable de reconnaître que, par certains côtés, Louis Lambert rappelle ce qu'a décrit E. Minkowski : « Le schizoïde se confond avec son hyperesthésie, lui associe l'idée de sa personnalité et pour peu y verrait une supériorité sur les autres... Le schizoïde, pour se mettre à l'abri des heurts de la vie, s'éloigne de celle-ci, il devient distant, ne demande avis à personne et se renferme dans sa tour d'ivoire, pour rester seul avec son âme sensible, pour regarder d'en-haut en aristocrate. »

C'est ainsi que, vaincu par Paris, Lambert se retira dans sa province natale, en attendant on ne sait quoi.

C'est alors que survint brusquement la tempête amoureuse à laquelle il s'identifia frénétiquement comme à sa dernière planche de salut. Elle le brisera définitivement et le fera aboutir à

la psychose. Il mourra cette fois moins de l'échec que de la peur d'un nouvel échec.

Ici encore, Balzac fait preuve d'un admirable sens d'observation :

« L'attente du plus grand plaisir physique encore agrandie chez lui par la chasteté du corps et par la puissance de l'âme... Cette transition de l'idéalisme pur, dans lequel il vivait au sensualisme le plus aigu, avait bien pu déterminer cette crise ». Ne faisait-il pas dire à son héros : « Ce bonheur me tue, il m'accable, ma tête est trop faible, elle éclate sous la violence de mes pensées, je pleure, je ris, j'extravague ».

A la phase prémontoire survinrent des obsessions d'impuissance, puis cette énigmatique tentative de castration qui rappelle ces observations d'auto-mutilations symboliques, publiées il y a quelque trente ans par MM. H. Claude, A. Borel et G. Robin.

Et c'est ainsi que ce « roman psychiatrique » pose lui aussi le problème du diagnostic du syndrome schizophrénique et qu'il ne le résout pas, alors qu'il est remarquablement exposé. Y avait-il déstructuration authentique ? *A quoi aboutissent exactement ces successions d'échecs psychologiques et somatiques chez des sujets hyperintelligents et hyperesthésiques, mais désarmés, dès le départ, dans la lutte pour la vie ?*

S'agissait-il d'une psycho-névrose grave, d'une névrose d'échec aboutissant à la capitulation existentielle, ou d'une indiscutable dislocation ? Balzac, en son temps, ne connaissait ni la schizophrénie, ni la psychanalyse, ni la phénoménologie. Mais, chez lui, « l'observation était devenue intuitive, elle saisissait si bien les détails extérieurs qu'elle allait sur-le-champ au-delà ». Sans vouloir pénétrer par effraction dans l'âme du malade, il le regardait parler, agir, et vivre spontanément. C'est là, je crois encore, une bonne méthode pour faire de la bonne psychiatrie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance ordinaire du lundi 27 octobre 1958

Présidence : M. Michel CÉNAC, président

Décès du Professeur MANCEAUX, membre titulaire de la Société médico psychologique.

M. Michel Cénac. — Gabriel-André Manceaux était né à Alger, le 13 mai 1895 ; il fit ses études secondaires et médicales en cette ville ; en 1915, la guerre interrompt ses études. Il fait campagne de septembre 1915 à septembre 1919, au 42e régiment d'artillerie coloniale. Il est décoré de la Croix de guerre et termine la campagne comme médecin sous-aide major.

Démobilisé, il reprend ses études. Il est préparateur d'anatomie pathologique de 1919 à 1922 (fonctions qu'il avait déjà exercées à titre bénévole en 1914-1915). Il passe l'externat en 1919 et l'internat en 1920. Ses études sont très brillantes.

Docteur en médecine en 1922 (*Thèse* d'Alger : Contribution à l'étude histologique du pemphigus syphilitique du nouveau-né).

Lauréat de l'Ecole de puériculture de Paris (1928).

Après sa thèse, il exerce la médecine à Castiglione, dans le département d'Alger, mais ses amis et ses maîtres souhaitent son retour. Il prépare donc le médicat et il est reçu, dès son premier concours, médecin des hôpitaux d'Alger, en 1932.

Chargé des fonctions d'agrégé en 1937-1938.

La guerre interrompt sa préparation à l'agrégation. Il est nommé médecin-chef du Centre de neuro-psychiatrie de l'hôpital militaire Maillot, à Alger, fonctions qu'il exerce de 1939 à 1940 comme médecin-lieutenant et de 1943 à 1945 comme médecin-commandant.

Reçu à l'agrégation de médecine au premier concours qui suit la guerre (1946).

La chaire de psychiatrie de la Faculté d'Alger (qui deviendra bientôt chaire de neuro-psychiatrie) étant devenue vacante par suite de la retraite du professeur Ant. Porot, il est nommé titulaire de cette chaire en janvier 1947.

Chevalier de la Légion d'honneur (à titre militaire) en 1950.

Membre, secrétaire général puis vice-président de la Société médicale des hôpitaux d'Alger, qu'il devait présider en 1958.

Membre correspondant de la Société française d'hématologie.

Président (1952-1954) de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie d'Alger, dont il était l'animateur.

Avant 1939, figurent surtout des travaux de pathologie générale, dominés par un intérêt constant pour la pathologie nord-africaine, et souvent orientés par la compétence anatomo-pathologique que M. Manceaux avait acquise comme préparateur du professeur Poujol et qu'entretenait son étroite collaboration avec le professeur Montpellier. On doit surtout retenir :

des études sur le paludisme aigu et chronique (le sang dans le paludisme, anatomie pathologique du paludisme, paludisme et chirurgie) ;

des travaux sur le kala-azar (en particulier à la lumière de la ponction sternale, sur la fièvre de Malte, la fièvre boutonneuse, la fièvre récurrente hispano-africaine, etc... ;

des travaux d'anatomie pathologique (*Thèse*, travaux sur le paludisme, sur diverses variétés de tumeurs...) ;

un traité : « Pratique hématologique » (en collaboration avec le professeur Montpellier), paru chez Doin, en 1933, et qui est une remarquable synthèse de toutes les connaissances d'alors sur le sang normal et pathologique et sur l'hématopoïèse.

A partir de 1939, l'orientation des travaux devient presque uniquement neuro-psychiatrique. Les sujets les plus divers sont abordés ; ceux qui ont fait l'objet des études les plus nombreuses ou les plus importantes sont :

La subnarcose barbiturique (narco-analyse), que le professeur Manceaux fut le premier à pratiquer en France, dès 1943, instruit de la technique par les psychiatres militaires anglais. Il a envisagé, notamment, l'emploi médico-légal de l'épreuve, dont il juge possible de se servir, mais dans des cas très étroitement limités.

L'épilepsie et son diagnostic par le cardiazol-test (l'électro-encéphalogramme n'était pas alors utilisé en Algérie, ces travaux se situant entre 1940 et 1945).

Les psycho-névroses « réactionnelles » et les mécanismes de compensation.

La physiologie du sommeil : il opte pour des centres distincts commandant la veille et le sommeil et appuie ses vues théoriques sur l'expérimentation animale (« Les centres méso-diencéphaliques du sommeil », in *Semaine des hôpitaux de Paris*, 1948, *Thèse* de Jorda).

L'hyperostose frontale interne, dont il étudie la pathogénie neuro-endocrinienne et souligne la rareté chez les Nord-Africains.

Les états mélancoliques chez les Nord-Africains.

L'héroïnomanie dans la région algéroise, fait social d'autant plus important que cette toxicomanie atteint les couches les plus humbles de la population.

La thérapeutique psychiatrique, et notamment les « cures de détente » (appellation par laquelle il désigne des traitements sédatifs associés pour réaliser un état de somnolence et d'apaisement affectif, beaucoup moins toxique que la cure de sommeil), les électro-chocs avec prémédication par curare et anesthésie barbiturique, les accidents extra-pyramidaux précoces des neuroleptiques, le traitement de divers états neuro-psychiatriques (séniles, dépressifs, post-traumatiques, etc.), par les dérivés de l'ergot et la réhydratation.

C'est avec un profond regret que nous avons appris sa disparition prématurée. Au nom de la Société médico-psychologique, j'adresse à sa famille l'expression de nos condoléances émues.

Rapport du Secrétaire général

1) Adoption du procès-verbal de la dernière séance à main levée.

2) Sur sa demande, M. le Dr Genil-Perrin est nommé, à l'unanimité des voix, membre honoraire de la Société médico-psychologique.

Remarques sur trois ans de fonctionnement d'un dispensaire de secteur, par MM. Le Guillant, Kestenberg, S. Grimbert, Mme Vacher et Grosclaude.

Le développement des consultations d'hygiène mentale consécutif au décret du 20 mai 1955, la réalisation de la formule d'assistance par secteurs géographiques rattachés à des services psychiatriques déterminés, ont donné une physionomie nouvelle aux dispensaires, aux consultations psychiatriques qui s'y donnent.

Il y a trois ans environ que nous avons entrepris l'application, au Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale (C.T.R.S.) de Villejuif de ce type d'organisation. On verra sur la carte ci-dessous l'étendue et les caractères géographiques du secteur qu'il dessert.

Nous nous bornerons à de brèves indications quant à l'organisation médico-sociale psychiatrique créée dans ce territoire (1). Des traits plus accentués font voir que le secteur est divisé en trois sous-secteurs. Dans chacun d'eux existe un dispensaire de l'Office Public d'Hygiène Sociale (O.P.H.S.). Une équipe médico-sociale a la charge de chaque sous-secteur. Elle comprend un médecin-assistant, un interne et une assistante sociale. Elle assure toutes les consultations de prophylaxie et de post-cure pour les malades originaires de ce sous-secteur. Bien que le nombre des malades d'une équipe soit encore tout à fait excessif, elle peut prendre un contact plus étroit avec le territoire, relativement limité, dont elle a la responsabilité.

Le personnel para-médical des dispensaires : assistantes, psychologues, secrétaires, etc..., dépend de l'O.P.H.S., créant ainsi une dualité au sein de l'assistance psychiatrique sur laquelle nous ne croyons pas devoir insister ici. Irrationnelle et criticable dans son principe, elle est dans notre pratique tempérée par une bonne entente avec nos collègues de l'O.P.H.S. et par un certain nombre de mesures concrètes. C'est ainsi que chaque semaine les assistantes de l'O.P.H.S. attachées à nos propres consultations participent à une réunion du personnel du service. Elles sont ainsi informées des problèmes généraux et peuvent intervenir dans leur discussion. Elles ont ensuite un échange de vues, équipe par équipe, avec les médecins et leurs collègues chargés, à l'hôpital, des malades appartenant à leur sous-secteur, que celles-ci aient été précédemment suivies au dispensaire, ou qu'une sortie et une post-cure soient envisagées. Un partage des tâches est en principe étudié dans chaque cas. Ce sont d'ailleurs, témoignage de leur unité, tous les membres d'une même équipe qui présentent cette communication.

Cette équipe a la charge, sous la responsabilité du Dr Jean Kestemberg, du sous-secteur centré par le dispensaire d'Issy-les-Moulineaux. Il comprend, outre cette commune, celles de Vanves, Clamart et Boulogne. En outre, lors de la récente répartition officielle des secteurs, en octobre 1957, une partie du 15e arrondissement (que nous avions spontanément pris en charge précédemment, puis dû abandonner) a été rattachée au C.T.R.S. et confiée à cette équipe jusqu'à une date récente.

Le chiffre de la population résidant dans ce sous-secteur (au recensement de 1954) est de 201.084 habitants (+ 103.839 pour le 15e arrondissement). L'ensemble du service dessert d'ailleurs une population de 748.690 habitants. Il n'est pas besoin d'attirer l'attention sur le caractère absolument démesuré du territoire ainsi attribué à un service de 250 lits. On n'imagine pas — et il n'existe pas — un département ayant une population analogue, desservi par un seul service de

(1) On trouvera dans le numéro de décembre de l'*Information psychiatrique* des exposés et une discussion plus approfondie sur ces problèmes.

cette capacité. Cette situation, nous le verrons, grossit et fait mieux apparaître certains problèmes soulevés par le développement de l'assistance extra-hospitalière.

		1955	1956	1957	1958 (6 premiers mois)
Prophylaxie	Cas nouveaux....	34	36	45	15
	Cas anciens.....		21	14	12
	Total.....	34	57	59	27
	Nombre de consultations	101	273	195	69 (138 pour l'année)
Post-cure	Cas nouveaux....	12	42	30	56
	Cas anciens.....		6	19	42
	Total.....	12	48	49	98
	Nombre de consultations		175	388	263 (526 pour l'année)

Le tableau ci-dessus fait apparaître le mouvement de l'activité du dispensaire d'Issy-les-Moulineaux pendant les années 1955 (six derniers mois), 1956, 1957, 1958 (six premiers mois). Les consultations ont lieu deux fois par semaine, l'une l'après-midi, l'autre le soir à 20 heures. Elles se font d'une manière générale sur rendez-vous ; les attentes sont, dans toute la mesure du possible, évitées.

On voit que le nombre des malades pris en charge par le dispensaire s'est élevé progressivement en ce qui concerne la post-cure. *Un phénomène d'accumulation* que nous croyons inévitable, compte tenu des moyens d'action dont nous disposons, a commencé à se manifester. Le nombre des malades suivies à ce titre est passé de 48 en 1956 à 98 pour les six premiers mois de 1958. Le nombre des consultations données, de 175 en 1956, à 530 en 1958 (sur la base du chiffre des six premiers mois) (1).

Ce phénomène d'accumulation, sur lequel nous ne possédons pas de données suffisantes, et que de toute façon nous ne pourrions analyser dans le cadre de cette communication, est, à notre avis, d'une très grande importance. Le nombre des malades qui nécessitent après leur sortie une surveillance et une aide médico-sociale très étroites et très prolongées nous paraît aujourd'hui sensiblement plus élevé que nous le pensions il y a quelques années seulement. Cette surveillance et cette aide médico-sociale, pour être effectives, exigeraient des moyens accrus parallèlement à l'accumulation, au moins pen-

(1) Il y a lieu de remarquer qu'un nombre important de malades continue à être suivi régulièrement dans le service.

dant un certain nombre d'années, après lesquelles on verrait sans doute s'établir un certain niveau d'équilibre. Cet accroissement des moyens n'est généralement pas réalisé, ni même envisagé. Une détérioration, un relâchement ou un abandon prématuré de la post-cure sont donc à craindre.

Il ne nous a pas paru possible d'aborder ici l'étude des raisons — si diverses — pour lesquelles la post-cure de nos malades s'interrompt. Nous remarquerons seulement qu'à Issy-les-Moulineaux la progression du nombre des consultations est demeurée inférieure à celle du nombre des malades. Pour une bonne part au moins ce décalage est fonction des possibilités matérielles du médecin qui assure la consultation, situation de fait quelque peu étrangère aux exigences d'une post-cure véritable.

En ce qui concerne la prophylaxie, le nombre des consultants, qui s'était élevé régulièrement de 34 en 1955 à 59 en 1957, plafonne et tend même à diminuer. Sur la base des chiffres des six premiers mois il ne sera que de 54 en 1958. Ce fait résulte pour une part de circonstances contingentes. Il existe un dispensaire de la Croix-Rouge à Boulogne qui assure des consultations psychiatriques. Les malades employées aux usines Renault sont généralement adressées au dispensaire de Meudon. La consultation d'Issy-les-Moulineaux n'a reçu en deux ans que 30 malades en provenance de Boulogne, ville de plus de 100.000 habitants. Enfin, il n'existe pas de dispensaire de l'O.P.H.S. dans le 15e arrondissement, et les malades domiciliées dans cette partie du secteur viennent assez difficilement à un dispensaire de banlieue.

Mais il est bien évident que « la consultation » d'Issy-les-Moulineaux, disposant de possibilités médico-sociales insuffisantes, a freiné les consultations de prophylaxie, plus faciles à limiter. L'équipe de ce sous-secteur s'est énergiquement défendue contre l'encombrement de la consultation et celui du service.

Les autres sous-secteurs, moins favorisés, ont vu le chiffre de leurs consultants (prophylaxie et post-cure) s'accroître dans une proportion beaucoup plus grande, de 561 consultations en 1956, à 778 en 1957 pour Montrouge, de 556 à 910 pour Ivry. En même temps, le nombre des internements s'est élevé assez sensiblement, notamment pour les communes où sont situés les dispensaires. Ceux-ci sont passés de 22 en 1955 à 19 en 1956 et 33 en 1957 pour Ivry, et de 13 en 1955 à 23 en 1956 et 25 en 1957 pour Montrouge. Au total, le nombre des consultations pour l'ensemble du secteur desservi par le C.T.R.S. est passé de 1.594 en 1956 à 2.271 en 1957.

D'autre part, pendant cette période (six mois de 1955, 1956 et 1957) le nombre des entrées au C.T.R.S. (pour le sous-secteur étudié, et non compris le 15e arrondissement, qui n'y a pas toujours été rattaché) a été de 70 en 1955, 79 en 1956, 67 en 1957. La « sectorisation » n'a donc pas eu une incidence importante sur le mouvement de la popu-

lation hospitalisée. Nous reviendrons plus loin sur cette constatation. Par contre, ce chiffre des entrées par « rechute », qui atteignait 86 pour l'ensemble du service en 1955, s'était élevé à 129 en 1956, mais il n'était que de 37 pour les malades du secteur (20,6 %) ; il s'est abaissé à 110 en 1957, dont seulement 43 (17 %) pour les malades du secteur. Ainsi, la sectorisation a eu une influence apparemment favorable sur le taux des réintégrations. Le C.T.R.S., il est vrai, reçoit maintenant tous les malades du territoire qu'il dessert, alors qu'avant son recrutement était particulier. La signification qu'il convient d'attribuer à ce dernier chiffre, comme à la stabilité du nombre des entrées, est, nous le verrons, assez incertaine.

On sait qu'un des objectifs essentiels de l'organisation de l'assistance psychiatrique par secteur est la création de liens étroits entre un service, une consultation, une même équipe médico-sociale et un territoire donné, ses structures sociales, administratives et humaines. Il est intéressant, de ce point de vue, de voir comment les malades qui ne sont pas dirigées sur la consultation au titre de la post-cure sont venues au dispensaire. Elles ont été adressées :

Par un médecin (médecin traitant ou médecin du travail)	16
Par les commissariats ou les assistantes de police	10
Par différents services sociaux :	
assistantes de dispensaires antituberculeux	7
assistantes polyvalentes de secteurs	22
assistantes d'usines	6
assistantes psychiatriques (de consultations hors-secteur)	5
Sont venues sur le conseil d'une autre malade	6
Sont venues sur le conseil d'une voisine connaissant le dispensaire	9

Les caractéristiques « sociales » de ces consultantes (âge, profession, etc...) n'offrent pas de caractères méritant d'être signalés. On retrouve, comme pour l'ensemble de la population du C.T.R.S., un chiffre élevé de sujets isolés : 36 sur 80, soit 45 % (21 célibataires, 8 veuves, 7 séparées ou divorcées).

Il est plus intéressant d'étudier la nature des troubles présentés par ces 80 consultantes. Il ne saurait être question, il va sans dire, d'en présenter ici une analyse un tant soit peu détaillée. Nous nous bornerons à indiquer qu'on peut les classer très sommairement en états bénins (35 cas) et en psychoses et névroses graves (45 cas). Celles-ci se décomposent de la façon suivante :

Délire chronique	7
Démence (sénile ou artériopathique)	3
Etats dépressifs	18
Névroses	8
Schizophrénie	4
Epilepsie	1
Alcoolisme grave	2
Bouffée délirante	1

Sur ces 45 psychoses, six seulement ont dû être internées, toutes par placement volontaire, au C.T.R.S., sept ont été dirigées sur un service libre, deux sur une clinique privée, une sur un service de médecine générale (gastro-entérologie).

On peut légitimement penser que sans l'intervention de la consultation un internement aurait été nécessaire pour les 29 cas restants. En effet, parmi ceux-ci, huit avaient déjà été placés pour des épisodes analogues, deux avaient fait une tentative de suicide et deux plusieurs tentatives, six avaient fait l'objet d'un signalement de police, trois (séniles) avaient présenté des troubles du comportement sérieux et un épileptique ne suivait son traitement que grâce à des contacts très rapprochés.

En ce qui concerne les post-cures, suivies au dispensaire en 1956 et 1957, sur 71 malades, six seulement ont dû être réintégrées.

La consultation a ainsi réussi à éviter l'internement à 86 % des psychoses ou névroses graves. Nous avons vu que dans 22 cas cet internement aurait vraisemblablement été réalisé. D'autre part, un taux de rechutes de 8 % chez les malades suivies en post-cure est un chiffre extrêmement bas.

⁂

Si l'on considère, à travers ces différents chiffres, le mouvement de l'assistance psychiatrique tel qu'il se dessine après trois ans d'application de la formule du rattachement d'un service à un secteur géographique, il faut d'abord convenir que nous manquons du recul indispensable et que des éléments très nombreux, jouant dans des sens différents, enlèvent à nos chiffres une bonne part de leur signification.

Cependant, il semble que l'on puisse — sous ces réserves expresses — distinguer une double orientation à ce mouvement. D'un côté, la consultation de secteur a « attiré » un certain nombre de psychopathes qui, précédemment, n'y venaient pas, et, vraisemblablement, n'auraient pas été dépistées et soignées en temps utile. Au fur et à mesure que les liens « naturels », déjà bien apparents lorsque l'on recherche qui a dirigé les malades sur la consultation, se tisseront entre celle-ci, le service, les équipes médico-sociales et le territoire

dont ils ont la charge, nul doute que ce développement de l'action préventive et de la cure libre ne s'accroisse largement, posant d'ailleurs, nous le verrons, des problèmes qui risquent de devenir à brève échéance insurmontables pour ces équipes.

D'un autre côté, et en quelque sorte en sens contraire, cette consultation de secteur semble s'être montrée capable, comme on l'escomptait, de réduire sensiblement le taux des rechutes chez les malades suivies en post-cure, en dépit de sorties souvent très précoces, et d'éviter l'internement à de nombreux sujets présentant des états psychopathiques graves.

Ainsi, dans un premier temps, le dispositif a paru donner satisfaction. Mais, vers la fin de 1957, en raison surtout, il est vrai, de l'étendue démesurée du territoire desservi par une équipe médico-sociale insuffisante, un plafond a été atteint et la situation a commencé à se détériorer. Le nombre des malades suivies en post-cure s'est considérablement accru et elles ont été vues moins souvent ; celui des malades traitées en cure libre s'est réduit.

Les sorties précipitées, les placements et les réintégrations retardés ou évités ont seuls permis d'éviter un encombrement dramatique du service et des consultations. Tout a tendu à s'ordonner par rapport à cet encombrement. La question est alors posée de savoir de quel prix a été payé cet état de choses.

Nous nous rangeons certes parmi ceux qui, d'une part, jugent que l'internement constitue dans un grand nombre de cas une mesure inutile ou fâcheuse à bien des égards et qui, d'autre part, font preuve d'un assez grand optimisme quant à la possibilité de traiter efficacement en cure libre une proportion élevée de psychopathes, jadis placés ou maintenus en service fermé. Encore faut-il, à la lueur de l'expérience vécue par les services relativement bien équipés, comme le C.T.R.S. de Villejuif, apporter quelques réserves à cette vue des choses, en définitive assez *à priori*.

Il est vrai que le *danger social* représenté par les malades mentaux a été et est encore très surestimé, il est vrai également que certaines formes de chronicité et de détérioration sont dues à la ségrégation dans l'hôpital psychiatrique. Mais il est vrai aussi que bon nombre de psychoses traitées hors de l'hôpital (ou du service psychiatrique) posent à leur entourage et à la collectivité de difficiles et parfois graves problèmes. Nous apporterons à cette Société quelques observations où ces problèmes apparaissent, d'une manière moins spectaculaire sans doute que la misère des services surencombrés, sous la forme de situations, familiales notamment, assez tragiques quoique discrètes et en quelque sorte quotidiennes. Il en est plus d'une, nous le voyons mieux aujourd'hui avec le recul du temps, parmi les malades que nous avons pu ne pas placer ou ne pas garder à l'hôpital psychiatrique. Ces situations appellent, exigent parfois, une action médico-sociale beaucoup plus étroite que celle qui peut être aujour-

d'hui réalisée, et des formes nouvelles d'assistante extra-hospitalière.

Nous croyons enfin que les services psychiatriques, au moins lorsqu'ils répondent à un certain nombre de conditions, ne méritent pas — ou ne mériteront plus — cette détestation dont ils ont à juste titre été l'objet dans le passé. Ils rassemblent seuls, en effet, les moyens d'un plein traitement, indispensable à de nombreuses psychoses à certains moments de leur évolution.

Il est à craindre que le dispensaire, au moins tant qu'il ne disposera que de ses possibilités actuelles, n'en vienne à inverser en quelque sorte son rôle traditionnel. Le « dépistage » apparaissait jusqu'à présent un de ses objectifs primordiaux ; ce dépistage devrait conduire le psychopathe, comme le tuberculeux, à un traitement précoce et complet dans un service adéquat.

Aujourd'hui l'équipe médico-sociale psychiatrique, consciente de la menace d'encombrement accru réalisée par son activité même, tend à limiter les placements, les traitements précoces et complets. Sans doute le peut-elle légitimement dans bon nombre de cas, mais pour d'autres ce sont des considérations en quelque sorte matérielles, non exclusivement médicales en tout cas, qui lui dictent ses décisions, qui lui imposent de ne donner au malade traité au dehors que le secours très imparfait de la consultation. Aussi la réussite qui paraît s'inscrire dans les chiffres — qu'il s'agisse de la population traitée dans les services, ou de celle traitée au dispensaire, — ne se retrouve pas toujours lorsque l'on regarde de près, honnêtement, la réalité médicale et humaine qu'ils recouvrent.

L'administration — et les médecins — ne réalise pas clairement, nous semble-t-il, que les équipes médico-sociales se sont vues chargées assez brusquement — en fait depuis le décret du 20 mai 1955 — *d'un champ d'action nouveau* (au moins dans une grande mesure). Il est constitué par les nombreux petits psychopathes, et aussi par certaines psychoses, plus ou moins tolérées socialement, dont jusqu'alors ils n'avaient guère à connaître, du fait de l'inexistence des services libres et des consultations. Toute l'organisation par secteur — qui est précisément le dispositif le plus adéquat à diriger vers l'équipe médico-sociale les sujets appartenant à ce champ d'action nouveau — risque ainsi, si l'on n'y prend garde, d'être écrasée et d'apparaître, faute de moyens, comme une caricature de ce qu'il devrait et pourrait être si facilement.

Les services à la fois quelque peu délaissés au profit des consultations, assurées par un nombre de médecins à peu près inchangé et surchargés de malades jusqu'alors abandonnés à eux-mêmes, les consultations, elles aussi encombrées des malades en cure libre et de longues et difficiles post-cures, risquent en quelque sorte de se détériorer réciproquement et de constituer bientôt un ensemble aussi peu satisfaisant sous d'autres formes que l'hôpital psychiatrique traditionnel.

Les médecins-assistants des équipes médico-sociales du C.T.R.S., dont la composition est demeurée à peu près identique, ont donné l'an passé 2.271 consultations. Ne voit-on pas dans ces chiffres mêmes apparaître la menace d'une détérioration rapide et profonde de l'instrument de soins, forgé par des années d'effort, dont nous disposions.

Aussi est-il indispensable de définir — et de faire respecter — des normes strictes de l'activité à la fois hospitalière et extra-hospitalière des médecins et de leurs collaborateurs, du fonctionnement des consultations, des dimensions des secteurs, etc...

Encore une fois, une nouvelle distribution de moyens gravement insuffisants ne peut en aucune façon résoudre à elle seule ces problèmes d'assistance psychiatrique. Bien mieux, les besoins nouveaux qu'elle découvre et suscite contribueront à détruire les possibilités offertes par une organisation plus rationnelle.

C'est à cette mise en garde que tendent les premières constatations ayant fait l'objet de cette communication.

Discussion

M. A. Leconte. — Puisque Le Guillant va revenir prochainement sur le sujet, et que, d'autre part, nous pensons avoir également un certain nombre de choses à dire sur le problème des secteurs, nous serons brefs aujourd'hui. Toutefois, nous nous permettrons de soulever quelques points de ses déclarations.

Le Guillant se plaint de l'étendue démesurée du secteur qui lui a été conféré, ce qui, nous avoue-t-il, a entraîné des sorties précipitées souvent pour éviter l'encombrement. Nous ferons remarquer que ceux qui ont déconseillé d'appliquer prématurément les secteurs à la Préfecture de la Seine avaient prévu cette situation.

La répartition a été basée sur une notion fallacieuse que nous croyons due à notre collègue Sivadon, celle de la notion de capacité d'absorption d'un service de C.T.R.S. généralisée à tous services.

Il est évident qu'un tel critère ne pouvait qu'être erroné, car avoir évacué 200 malades jugés peu curables ou incurables, et le fait d'avoir choisi ses malades, a fatalement favorisé l'admission de malades ayant davantage de chance de sortie. Qu'on relise notre dernière critique à ce sujet dans les *Annales médico-psychologiques* d'octobre 1958.

Par ailleurs, si Le Guillant nous déclare qu'il fonctionne depuis trois ans en secteur, cette secteurisation a d'abord été pendant un certain temps clandestine, officieuse et faussée par l'admission. Il a pu, de son côté, croire de bonne foi que l'application avait été relativement stricte, mais en fait, nous avons constaté que nous avions reçu des malades d'allure peu curable relevant du secteur dit géographique qui lui avait été imparti et de divers autres. Si, comme la chose est probable, il en a été de même dans différents services, il est certain que l'encombrement de son service n'a pu que s'accroître.

Nous avons d'ailleurs vu qu'il avait demandé à l'administration une réduction du secteur qui a lieu dans les derniers textes administratifs.

Des réfections nous ont contraint un certain temps à ne pas recevoir de malades, mais si Le Guillant a été encombré au point de sortie des malades précipitamment, si l'on n'avait pas appliqué aussi strictement la notion de secteur, nous ne voyons pas pourquoi ces malades n'auraient pas été reçus

dans notre service. Nous avons toujours redemandé nos rechutes qui sont allées ailleurs. C'est pourquoi nous avons démissionné de la Société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine, qui accepta un tel fait.

Toute belle médaille a ses revers, et le problème des secteurs n'en manque pas. C'est ainsi qu'il y a deux points sur lesquels nous voulons insister également et que nous déplorons. Ce sont, d'une part, les anomalies géographiques qui ont présidé à la répartition dite géographique de ces secteurs. Chacun sait que certains malades qui ont la chance d'avoir l'hôpital psychiatrique le plus près, s'en vont le plus loin ou sont les plus disséminées. C'est le cas des malades du 14e.

Chacun sait que certains sexes ont un sort inégal dans divers arrondissements. Les mêmes arrondissements vont, au nord de Paris, à Moisselles pour les femmes et à Perray-Vaucluse pour les hommes, que certains arrondissements n'ont que les hommes de secteurisés ou que les femmes. (Les femmes des 1er, 2e, 3e, 4e et 9e arrondissements vont à la 2e section de Maison-Blanche, celles du 5e et 6e arrondissements à la 4e section de Maison-Blanche. Les hommes des 1er, 2e, 3e, 4e arrondissements vont à la 2e section de Perray-Vaucluse, les hommes des 5e, 6 et 7e arrondissements vont à la 1re section de Perray-Vaucluse. Les femmes des 19e et 20e arrondissements vont à Maison-Blanche et les hommes à Ville-Evrard. Les hommes du 15e sont seuls secteurisés à Villejuif, les femmes ne le sont pas et vont partout. Les hommes des 11e et 12e arrondissements vont à Villejuif, les femmes des 11e et 12e arrondissements sont clandestinement dirigées sur Saint-Maurice).

Enfin, nous déplorons l'application trop stricte qui a été faite, au moins avant qu'intervienne la jolie notion sociatrique de sorties pondérées qui fait que les malades reviennent dans mon service quand la rechute est de six mois moins un jour et vont chez le voisin quand celle-ci a dépassé six mois plus un jour. Il en est résulté qu'un trop grand nombre de malades se sont trouvées redistribuées ailleurs à l'occasion d'une rechute, malades que je connaissais particulièrement bien et que j'avais examinées à fond et reversées parfois chez mes voisins de service, Soulairac, Teulié, chez notre collègue Follin, etc..., et cela dans un service tout proche, à quelques mètres de distance.

Le Guillant craint que l'on ait pu abuser les pouvoirs publics sur un excès d'optimisme. On n'arrive plus, dit-on, à répondre à la demande. On a fait sortir des malades hâtivement, dit-il. Nous avons été parmi les deux ou trois médecins en tête de ceux qui ne s'inscrirent pas avec les demandeurs de secteurs, puisque la faculté était totalement laissée à chacun d'entre nous, précisément parce que nous estimions qu'il était nécessaire de crier gare, nous aussi.

Nous ne doutons pas que les malades qui nous ont échappé aient été parfaitement soignées chez nos collègues, tel Le Guillant, mais nous pensons que les connaissant depuis de longue date, habituées à revenir dans notre service, leur retour était normal. Si Le Guillant a vu son encombrement s'accroître, nous pensons qu'il eût été aussi sage administrativement de les diriger sur la 3e section de Maison-Blanche et les sections voisines ; en tout cas, par priorité, sur les sections ayant de la place, sans se soucier de la notion de secteur.

Nous donnerons un dernier exemple. Au cours de la dernière semaine, nous avons reçu plusieurs malades du 14e, parce que le 14e arrondissement, qui possède en son sein l'hôpital Sainte-Anne, n'est pas secteurisé.

Le 14e voit théoriquement ses malades disséminés dans les différents asiles de la Seine. Parmi ces malades figure une malade habitant la rue Dareau, rue totalement limitrophe de cet hôpital. Une autre, porteuse d'un cancer du sein avec retentissement ganglionnaire, entrée le samedi, a dû retourner à Sainte-Anne le lundi, puis le mardi. Elle subira des examens

préparatoires pour être finalement hospitalisée à Sainte-Anne, au moins la durée de l'opération.

Est-ce cela l'assistance rationnelle médicale et humaine ?

M. Follin. — Je suis très heureux que Le Guillant ait bien voulu venir exposer devant la Société les difficultés qu'il éprouve actuellement dans l'organisation de la psychiatrie de secteur en liaison avec ses préoccupations de responsable du C.T.R.S. de Villejuif. Tout ce que je pourrai dire se rapportant au fonctionnement actuel du C.T.R.S. de Ville-Evrard et de l'organisation de la psychiatrie de secteur correspondante confirme entièrement les appréciations qu'il vient de nous donner. Je lui sais également gré d'avoir donné un caractère de solennité aux déclarations qu'il vient de faire et qui touchent au caractère tragique de certaines situations. Bien entendu, il ne s'agit pas de ces accidents catastrophiques dont la grande presse s'empare avec délectation et qui entrent à mon sens pour une large part dans le cadre de ce qu'on pourrait appeler : notre risque thérapeutique au sens où l'on parle d'un risque opératoire pour un chirurgien. Il s'agit d'un tragique quotidien. Nous sommes à même tous les jours de voir des malades que nous avons soignés sans cependant que les moyens matériels soient mis à notre disposition et de ces malades qui font appel au dispensaire, pour lesquels nous connaissons les solutions médicales et sociales nécessaires et pour lesquels néanmoins les moyens pratiques de réalisation sont hors de notre portée.

Je demanderai néanmoins très amicalement à Le Guillant de veiller à certaines de ses formulations. Evoquant l'optimisme des premières années de C.T.R.S., il estime qu'il conviendrait peut-être de réviser une telle vue des choses. Je crois que là n'est pas la perspective rigoureusement exacte. En doctrine comme en pratique, nos difficultés actuelles ne mettent pas et n'ont jamais mis en cause les points de doctrine et de technique confirmés par les réalisations déjà accomplies, les succès remportés. Le problème me paraît tout autre. C'est celui de la mutation de nos services respectifs en fonction de l'afflux considérable de malades et l'accroissement énorme des besoins extra-hospitaliers. Il n'y a aucune comparaison entre ce qui peut se passer lorsque l'on reçoit 400 malades par an et lorsque l'on en reçoit plus de 600, alors que les capacités d'hospitalisation, l'effectif du personnel, les moyens médico-sociaux n'ont pratiquement pas changé. L'accroissement quantitatif de la demande de soins, alors que les possibilités de les satisfaire n'ont pas changé entraîne nécessairement une dégradation qualitative des conditions d'assistance, de thérapeutique et de soutien social. Ce dilemme : quantité-qualité est notre tragique à nous, psychiatres responsables du traitement et de la prévention des troubles mentaux dans une population donnée. Que faut-il ? Les solutions extrêmes sont faciles, réduire artificiellement le nombre des entrées par la réduction du nombre des sorties, la prolongation de la durée de séjour afin de soigner bien, parfaitement même les malades dont nous avons déjà la charge et priver ainsi tous ceux qui font appel à nous des soins que nous leur devons, ou bien, au contraire, répartir un peu seulement de nos soins dans les conditions sans doute mauvaises pour donner au plus grand nombre le petit peu que nous pouvons leur donner. C'est le dilemme de celui qui posséderait de quoi nourrir dix personnes alors que vingt ont faim et qui se résoudrait, soit à en nourrir dix correctement, soit au contraire à en nourrir vingt de façon insuffisante. Dans les conditions actuelles, il est certain que ce dilemme ne peut être résolu de façon satisfaisante et que toute solution de compromis nous laissera encore dans le malaise ; et cependant, les malades sont là, ils ont besoin de nous.

De ce point de vue, une perspective claire est nécessaire si l'on veut aller vers des solutions positives. La distinction que Daumézon vient de faire entre « aire de recrutement » et « secteur d'activité psychiatrique » me paraît

des plus importantes. En effet, la première idée que l'on pourrait suggérer pour répondre à ce dilemme, c'est de répartir de façon sensiblement égale les difficultés. Il y a cinq millions d'habitants dans le département de la Seine et vingt-cinq services ; cela fait deux cent mille habitants par service ou, plus exactement, du fait que nos services sont unisexués, quatre cent mille habitants à la charge de deux chefs de service, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes. Une telle solution laisserait tout le monde insatisfait et ne résoudrait rien. En fait, c'est cela l'aire de recrutement que vise Daumézon et qui est en fait réellement appliquée, bien que les surfaces démographiques d'aires de recrutement soient inégales. Le problème consisterait à tendre vers une véritable assistance psychiatrique en secteurs, telle en particulier que je l'ai moi-même évoquée dans ma communication de juin 1954, rapportant mon expérience du Tarn-et-Garonne. Il s'agit en effet pour nous de devenir les psychiatres des services publics à la disposition d'une population donnée. Et il est clair que ceci implique la mise en œuvre de moyens multiples et différenciés parmi lesquels l'hôpital lui-même n'est qu'une forme particulière de traitement pour les malades relevant spécifiquement de traitements en milieu hospitalier. Quels que soient les compromis nécessaires, dans la situation actuelle, il me paraît en tout cas qu'il serait scandaleux de revenir en arrière et de supprimer les progrès acquis dans l'assistance et le traitement des malades mentaux, ces progrès fussent-ils partiels. D'autre part, le moment me paraît venu de tendre à réaliser progressivement cette réforme de l'assistance psychiatriyue dont les grandes lignes peuvent assez bien être dessinées et où nous cesserons d'être des médecins enfermés avec des malades pour devenir d'authentiques médecins psychiatres à la disposition d'une population, avec des moyens techniques à l'échelle de leurs possibilités et des besoins de la santé mentale.

M. Le Guillant. — J'ai été heureux de constater une unanimité à peu près complète et aussi une sorte d'émotion chez tous les collègues qui ont bien voulu intervenir dans la discussion ouverte par notre communication.

C'est, me semble-t-il, parce qu'elle aborde des faits à la fois familiers à tous les psychiatres des services publics et méconnus en tant qu'expression d'un phénomène général, parce qu'elle concerne une situation grave, mais qui s'est installée insidieusement et dont seules des circonstances exceptionnelles (l'attribution d'un secteur géographique démesuré) nous ont permis de prendre une pleine conscience.

A ce sujet, je tiens à bien préciser que nous conservons dans leur ensemble nos positions quant à l'intérêt et à l'efficacité de la prophylaxie et de la post-cure, de la psychiatrie extra-hospitalière sous toutes ses formes et d'une attitude libérale à l'égard des malades mentaux. C'est précisément, au contraire, dans la mesure où nous avons été — et demeurons — parmi les partisans les plus convaincus et même les plus enthousiastes de cette orientation de l'assistance psychiatrique qu'une mise en garde nous a paru un impérieux devoir.

A maintes reprises, en effet, j'ai personnellement dit et écrit que, grâce aux moyens exceptionnels donnés aux C.T.R.S. (personnel médico-social et absence d'encombrement avant tout), ils étaient parvenus à des résultats jusqu'alors rarement atteints et qui ouvraient de grands espoirs. La réalisation de meilleures conditions de vie et de traitement dans ces services, une action médicale et sociale plus complète avaient permis un bien plus grand nombre de sorties médicalement justifiées, une abréviation sensible des séjours, des réadaptations plus assurées.

Mais les possibilités ouvertes par ces moyens accrus et les résultats qu'on peut en attendre ont des limites. Comme dans bien d'autres domaines, une attitude qui jusqu'à un certain point est justifiée et bienfaisante, en vient,

ce point dépassé, à inverser son effet jusqu'à devenir parfois sa propre dérision.

Nous avons rassemblé, dans cette première communication, des indications surtout statistiques, et d'ailleurs d'une signification encore limitée. Mais nous nous proposons d'apporter prochainement, à cette Société, des documents cliniques — et humains — autrement éloquents.

D'ores et déjà, les chiffres que nous avons rapportés font apparaître une évolution qui doit être dénoncée avec la plus grande netteté si l'on veut éviter que l'assistance psychiatrique — au moins dans la Seine — n'en vienne un jour à une situation désespérée.

Ce danger apparaît clairement à la lecture du compte rendu d'une récente session du Conseil général (2 juillet 1958).

Il y est dit :

« La progression importante des admissions en 1958 masque les progrès réalisés mais, si l'on observe les chiffres, les résultats favorables apparaissent à l'évidence.

« Le 1er octobre 1957, les hôpitaux psychiatriques de la Seine comptaient 14.162 malades. Le 1er mai 1958, il n'y en avait que 13.941, soit 221 unités de moins ; cependant, durant cette période, d'octobre 1957 à mai 1958, le nombre des entrées a été de 4.654 nouveaux malades contre 4.257 pour la période antérieure correspondante — allant d'octobre 1956 à mai 1957 — c'est-à-dire 400 malades de plus.

« Le nombre des sorties a donc dépassé celui des entrées, puisque, en dépit de ces 400 admissions supplémentaires, l'effectif des malades présents a diminué de 22. Cela doit être tenu pour un résultat satisfaisant, surtout si l'on se rappelle l'époque encore récente où chaque année voyait croître les effectifs de 800 à 900 unités. »

Je crois que ces chiffres sont dans une certaine mesure fallacieux, que cette augmentation du nombre des sorties résulte pour une part appréciable de la pression de l'encombrement. En ce qui concerne mon propre service, en tout cas. Du 1er janvier au 1er juillet 1957, en effet, 121 malades en étaient sorties — et 271 pour la même période de l'année 1958, soit un accroissement de 124 % ! Il faut le dire franchement, ceci ne résulte pas d'un plus grand nombre de guérisons ou de bonnes rémissions, et toute perspective d'organisation de l'assistance psychiatrique qui serait fondée sur de tels chiffres risque de conduire à une grande déconvenue.

Le programme d'équipement auquel il a été fait allusion à cette séance du Conseil général, basé sur des données aussi trompeuses, risque de se montrer gravement insuffisant, non seulement quantitativement, mais qualitativement. Il ne prévoit en effet à peu près rien sur le plan des réalisations extra-hospitalières : hôpitaux de jours, foyers, ateliers protégés, etc..., qui seules, cependant, donneront un contenu concret et valable à la cure libre. Or, nous avons vu que celle du sous-secteur étudié est déjà saturée et que, dominée par la crainte de voir se détériorer par encombrement son principal instrument de soins : le service, et se démoraliser l'équipe médico-sociale, elle en est déjà venue à limiter son activité, surtout de prévention, à ne plus remplir pleinement sa fonction.

Bien d'autres aspects de ces problèmes, et notamment ceux soulevés par la disproportion entre l'étendue des besoins et des tâches psychiatriques par rapport aux possibilités existant dans un secteur donné, mériteraient d'être exposés et discutés ici. Ils ont déjà fait l'objet de deux colloques du « groupe de Sèvres », dont le compte rendu paraîtra dans un prochain numéro de l'*Information psychiatrique*, mais il me semble qu'ils devraient être évoqués à une prochaine séance de notre Société. Elle pourrait émettre, avec l'autorité souhaitable, un vœu quant aux mesures que les pouvoirs publics doivent envisager pour y faire face.

Un accident grave de la disulfiram-éthanol-réaction (D.E.R.)

par MM. E. et E. Monnerot, P. Gutton et G. Bitoun.

L'association alcool-disulfiram chez les alcooliques entraîne un certain nombre d'accidents, de mieux en mieux connus actuellement : accès confuso-onirique, crise épileptique, syndrome déficitaire transitoire ou véritable, maladie de Gayet-Wernicke, dont la présentation fut faite ici-même (1).

Nous avons eu l'occasion d'observer, à l'hôpital psychiatrique de Prémontré, un accident privilégié par la mobilité extrême des symptômes qu'il réalisa et l'issue brusquement résolutive qu'il emprunta.

⁂

Observation. — M. T..., conducteur de travaux aux Ponts et Chaussées, entre le 3 juin 1958 à l'hôpital de X... pour cure libre de désintoxication alcoolique. Il est âgé de 32 ans. Le début de son éthylisme remonte à six ans. Depuis cette date, en effet, il absorbe une quantité importante de vin, de bière, et surtout d'alcool (sous forme de genièvre).

Dans les antécédents, on trouve une tentative de déconditionnement en 1957. Pendant un mois environ, avait été pris un comprimé d'espéral chaque matin sans hospitalisation. Le résultat en avait été l'arrêt complet de boissons alcoolisées pendant cette période-ci et le mois suivant. Il n'y avait donc jamais eu association alcool-espéral. Il n'avait présenté, lors de l'absorption de l'espéral seul, aucun trouble somatique ou mental.

Dans la période qui précéda son hospitalisation, en juin 1958, on retrouve aisément les petits signes d'intoxication alcoolique chronique, en particulier un certain « état de besoin » matinal fait de tremblement, malaise général, asthénie, pituite, calmé par l'absorption des premiers verres. On notait, en outre, insomnie, agitation nocturne, apparition récente de cauchemars violents.

C'est l'accentuation de ces troubles qui effraya le malade et décida de son hospitalisation à l'hôpital de X... Nous retraçons la technique de cure libre de déconditionnement pratiquée alors (sans aucune désintoxication et associée à une vitaminothérapie à forte dose : vitamine B1 1.000 mgr., vitamine B12 1.000 gammas, et vitamine B6 1.000 mgr. par jour) :

Le premier jour : un comprimé de disulfiram à 0,50 avant le repas de midi.

Le deuxième jour : y est associé, tout de suite après, l'absorption d'un verre de vin ; le malade ne ressent alors aucune réaction.

Le troisième jour : deux comprimés sans vin.

Le quatrième jour : deux comprimés et un verre de vin, entraînant une

(1) M. E. Trillat, Mlle L. Richet et M. J.-C. Mignen. — *Encéphalopathie subaiguë survenue au cours d'un traitement au disulfiram. Maladie de Gayet-Wernicke. Essai d'interprétation clinique et pathogénique.* Société médico-psychologique, séance du 27 janvier 1958. *Annales médico-psychologiques*, 1958, t. I, p. 347-351.

discrète congestion du visage. Le malade accuse, à partir de cette date, une extrême asthénie.

Le cinquième jour : trois comprimés sans vin.

Les sixième et septième jours : deux comprimés et demi de disulfiram immédiatement suivis de l'absorption d'un verre de vin, ce qui entraîne une réaction, là encore modeste.

Le huitième jour : dix minutes après l'absorption de deux comprimés et deux verres de vin survient une crise d'épilepsie généralisée avec morsure de la langue, amnésie complète. Elle ne se répétera pas. Il n'existe aucun antécédent épileptique chez notre malade.

Le dixième jour : tandis que la cure était poursuivie à la dose d'un comprimé et demi, suivi d'un verre de vin, paraissent les premiers troubles mentaux. Le malade ne reconnaît plus sa famille. Lui, qui écrivait minutieusement sur son carnet personnel le régime suivi ainsi que le traitement, arrête ses notes. Il se contente d'écrire son nom en jambages énormes et irréguliers. Désintérêt vis-à-vis de l'entourage. Somnolence avec des épisodes d'agitation, tremblement, sueurs, délire onirique professionnel vécu, fièvre à 38°, font tenter pendant quatre jours un traitement pour delirium tremens : 3 curéthyl A, largactil, phénergan et strychnine en injections répétées au cours de la journée. L'état s'aggrave. L'agitation est importante, le malade est montré au spécialiste de neuro-psychiatrie. Ce dernier fait un compte rendu assez précis de son examen. En voici le résumé :

Installation d'un syndrome confuso-démentiel, la désorientation paraît complète mais beaucoup plus comme celle d'un dément que celle d'un confus ; le malade présente en outre une aphasie de compréhension massive, une dyslexie, une apraxie idéatoire.

L'examen neurologique est entièrement négatif. La cure a été commencée il y a quinze jours. Nous sommes au quatrième jour de la maladie. L'internement est alors proposé le lendemain.

A son entrée à l'hôpital psychiatrique de Prémontré, le tableau clinique est tout différent : pas de désorientation temporo-spatiale. Le malade passe, de façon irrégulière, d'un état mental subnormal, pendant lequel il dit adieu à sa famille, nous explique sa volonté de ne plus boire, à un état de semi-somnolence ; il reste alors étendu, immobile sur le lit, parfaitement calme et décrit, avec un débit assez morne et gêné par une certaine dysarthrie, un délire de type oniroïde, dont les deux thèmes visuels contrastés sont une apparition « de la Sainte-Vierge avec un visage de reproche » et celle de la tenancière du bar dont il était un des habitués. Ces périodes de somnolence sont coupées de cris subits : « Non ! Non !... ». C'est d'ailleurs par cette interjection qu'il répond systématiquement à toute question posée. On en rapprochera une certaine opposition lors des mouvements imposés ; l'attitude une fois prise est ensuite maintenue. Le malade a tenu ainsi le bras droit levé pendant toute une partie de l'examen. Pendant la rédaction des prescriptions, il s'est levé et promené dans la pièce sans modifier la position de son membre supérieur. Cette conservation des attitudes segmentaires des membres est déjà un élément important du tableau clinique.

L'examen neurologique pratiqué à cette date ne révèle aucune autre manifestation tonique, pas de raideur, pas de signe de roue dentée, la démarche est normale.

Nous retrouvons simplement une abolition du réflexe achilléen gauche, les paires craniennes sont normales. On note par ailleurs un gros foie dou-

loureux ; la température, prise toutes les trois heures, oscille entre 36°5 et 38° ; le pouls est à 100 ; le reste de l'examen somatique est normal.

Le traitement prescrit comprend alors : sérum lévulosé, 500 cm³ ; coramine sous-cutanée, toutes les huit heures ; largactil, 100 mgr. dans l'après-midi en intra-musculaire ; enfin, vitaminothérapie B1 (1 gr. par jour) et B12 (1.000 gammas), par voie parentérale.

Dans la soirée, l'agitation du malade réapparaît, l'insomnie est complète. Il doit être mis en chambre de sécurité ; 1 gr. de viadril est injecté en intraveineuse lente (durée de l'injection : 25 minutes), sous surveillance tensionnelle. Le sommeil est obtenu en dix minutes. Une discrète chute tensionnelle de 16 à 14 est notée pendant la durée de l'injection.

Le lendemain est une journée agitée pour le malade. Il présente alors une désorientation temporo-spatiale complète. Tremblant, il est en proie à un délire onirique incessant ; le même traitement est poursuivi, une injection d'oxyferriscorbone intra-veineuse par jour y est ajoutée.

Un électro-encéphalogramme est pratiqué à ce jour : le tracé, constitué par une activité thêta non rythmique de voltage modéré, dépourvu de toute activité alpha, est considéré comme normal si on le rapproche de l'état d'excitation psycho-motrice perpétuelle du malade. On n'observe pas de rythmes delta, pas de signes lésionnels. La stimulation lumineuse intermittente est sans effet notable.

Le bilan hépatique est normal (taux de prothrombine, Mac Lagan, Hanger, Gros) ; l'électrophorèse montre une légère hyperglobulinémie B, l'urée est à 0,21, la glycémie à 1,29 ; le dosage d'acide pyruvique se révèle normal : 4,5 mg. par litre, le Bordet-Wassermann négatif ; à la ponction lombaire : 5 lymphocytes, albumine 0,30.

Au troisième jour de son hospitalisation, nous trouvons le malade dans un état tout à fait différent : immobile, couché sur le dos, le regard éteint et fixe, dans un état de catalepsie complète.

Il n'obéit à aucun ordre donné. Toute initiative volontaire est suspendue. Les membres conservent la position où ils sont mis. Le malade reste dans cet état pendant 24 heures seulement, car le quatrième jour sera celui de la guérison. Le malade se réveille alors brusquement au matin, se lève, demande où il se trouve, quelle est la date exacte du jour ; une certaine désorientation temporo-spatiale persistera jusque dans l'après-midi.

Mais à partir de ce 25 juin le malade retrouve un état mental tout à fait normal. Persiste une amnésie lacunaire de cinq jours quasi-complète (il se souvient cependant très exactement de ses visions oniriques), l'achilléen gauche reste aboli. A la palpation de l'hypocondre droit, le foie est normal, non douloureux.

Le malade a subi dans le service la cure de désintoxication habituelle par la méthode strychno-hépato-vitaminée suivie des épreuves à l'apomorphine. Nous avons préféré ne pas utiliser chez lui le disulfiram à nouveau.

Dans les antécédents du malade est fait état d'un épisode mental particulier survenu en 1943 au cours des complications pulmonaires hyperpyrétiques d'une appendicectomie. Sa durée avait été de trois jours. Le malade était alors âgé de 17 ans.

En conclusion, l'association disulfiram-alcool à dose forte entraîna en quelques jours la succession de plusieurs tableaux neuro-psychiatriques graves : épilepsie ; état pseudo-démentiel aigu avec dyslexie, apraxie idéa-

toire, aphasie de compréhension ; état onirique avec excitation psychomotrice et épisode de somnolence (comportant déjà un élément de la série cataleptique) ; enfin, un état cataleptique, qui précéda l'issue brusque et heureuse.

⁂

Dans un essai de pathogénie de ces troubles, on ne retiendra guère le sevrage. Ni les symptômes, ni leur variabilité, ne plaident en faveur d'un trouble métabolique dû à une « carence en alcool ».

S'agit-il d'une véritable intoxication par l'espéral ? On doit retenir alors, sous cet angle de vue : la dose très élevée utilisée d'emblée, surtout si on la rapproche de l'absence de désintoxication, d'une part, et des quantités de vin importantes données au malade, d'autre part ; la survenue d'une crise épileptique généralisée unique quelques minutes après la prise du produit, crise dont les stigmates électriques ne sont pas retrouvés trois jours après ; l'extrême asthénie du malade au début de ses troubles, ce fut un des premiers symptômes anormaux ; l'efficacité possible de l'oxyferriscorbone injectée pendant les deux jours qui précédèrent la guérison. Enfin, on pouvait envisager cet état mental pathologique aigu sous l'angle d'une réponse du malade au « stress » certainement important que constitue une telle association, alcool-antabus. En 1943, la fragilité du système nerveux du malade se révéla de façon voisine au décours d'une appendicectomie.

Sur le plan théorique, on ne saurait conclure. Sur le plan pratique, par contre, nous ne pouvons qu'insister à nouveau sur ce qui fit l'objet des conclusions de la Thèse de Do Co (1), c'est-à-dire la connaissance d'accidents graves dus à l'espéral, d'une part, et, d'autre part, la possibilité de les éviter par un certain nombre de précautions majeures, dont les principales sont : la désintoxication correcte, la crainte du surdosage et l'étude du terrain.

Électro-chocs avec anesthésie au succinate d'hydroxyprégnanedione, par Mme M. Zamgerlin et M. B. Gibeli o.*

La sismothérapie par électrochoc, généralement bien supportée, présente cependant, pour des sujets âgés ou débilités, des risques de défaillance cardiaque ou de fracture tels, que, pour éviter l'agression qu'elle représente, on doit l'écarter de nos moyens thérapeutiques. Pour des sujets en bon état physique, les préparatifs du choc entraînent parfois une anxiété qui diminue les bénéfices que l'on pourrait en tirer.

(1) Do Co. — Contribution à l'étude des problèmes soulevés par l'administration du disulfiram aux alcooliques dans les hôpitaux psychiatriques. *Thèse*, Paris, 1956.

* Commercialisé en France sous le nom de viadril.

Grâce à l'anesthésie générale et aux curarisants, il est néanmoins possible de faire bénéficier ces malades de cette thérapeutique. Mais l'anesthésie habituelle, aux thio-barbituriques, fait courir le risque des troubles cardio-respiratoires qui leur sont propres. La menace d'un spasme glottique, en particulier, rend nécessaire la possession d'un matériel d'incubation trachéale, et la présence d'un personnel spécialisé. Ces complications se soldent, dans bien des cas, par l'impossibilité d'employer cette méthode.

Il semble que la majorité des difficultés soient levées par l'utilisation des anesthésiques hormonaux, qui se montrent expérimentalement capables de provoquer une anesthésie générale suffisante, avec une incidence cardio-respiratoire faible ou nulle.

Etude clinique.

Nous avons injecté par voie intraveineuse l'hydroxyprégnanedione en solution dans du sérum physiologique, à des doses variant entre 300 et 1.500 milligrammes, à des concentrations comprises entre 0,8 et 10 %. Nous avons obtenu chez onze malades 44 anesthésies générales, pendant chacune desquelles un électrochoc a été pratiqué. Dans chaque cas, le pouls, la tension artérielle, le rythme et l'amplitude respiratoires ont été notés de cinq minutes en cinq minutes, ainsi que le comportement pendant le sommeil, après le choc, et dans les heures suivant le réveil. Enfin, une attention particulière a été portée aux réactions des tissus au lieu de l'injection.

1) Mlle S. G..., schizophrène, âgée de 24 ans, pesant 53 kg.

1re séance : La perfusion en quinze minutes de 125 cm³ de sérum salé contenant 500 mgr. d'hydroxyprégnanédione ne produit aucun effet apparent. On la fait suivre d'une seconde perfusion de 125 cm³ du même sérum contenant 1.000 mgr. de produit. Le sommeil est alors obtenu en dix minutes, après le passage d'environ 100 cm³ de solution. L'endormissement est précédé d'une phase de confusion avec agitation anxieuse et hallucinations visuelles probables, dont la malade ne garde aucun souvenir au réveil.

Un quart d'heure après le début du sommeil, l'anesthésie est obtenue, avec hypotonie musculaire, abolition des réflexes ostéo-tendineux et cornéens. Le pouls n'est pas modifié, la tension artérielle de 13/8 est passée à 12 1/2/9, le rythme respiratoire de 20 à 30, régulier. Aucune hypersécrétion ne se manifeste.

L'électro-choc est alors lancé (15-150). La crise tonique se réduit à une flexion des membres, la crise clonique à quelques soubresauts. La reprise respiratoire se fait au bout de 30 secondes.

La malade se réveille une heure après l'électro-choc ; elle se nourrit, puis se rendort pour environ trois heures. Elle se réveille ensuite assez détendue.

2e séance : On installe une perfusion de 1.000 mgr. d'hydroxyprégnanédione dissous dans 100 cm³ de sérum physiologique, passant en une dizaine de

minutes ; le sommeil est obtenu dans les mêmes conditions que la fois précédente. Trente minutes après le début de la perfusion, l'électro-choc est lancé (30-150). Le réveil a lieu 2 h. 30 après le début de la perfusion, sans qu'il y ait eu de troubles respiratoires ou cardio-vasculaires.

Cependant on note, comme la première fois, une agitation anxieuse durant la phase de pré-endormissement. Bien que non mnésique, cette anxiété est indésirable ; c'est pourquoi, pour réduire la durée de la phase de pré-endormissement, nous tentons d'injecter rapidement le produit à une concentration élevée.

3e *séance :* Nous injectons 10 cm3 de sérum physiologique contenant en solution 1.000 mgr. d'hydroxyprégnanédione. L'endormissement est obtenu en trois minutes, après une phase discrète d'agitation et d'anxiété durant une dizaine de secondes. Le choc est lancé au bout de vingt minutes et on obtient avec les constantes (30-150) une crise moyenne dans les mêmes conditions que précédemment ; le réveil a lieu 3 h. 15 après le début de l'injection.

Six autres électro-chocs sont pratiqués dans des conditions analogues et avec les mêmes résultats. En dehors de phénomènes locaux à type de paraphlébite et d'un discret œdème aux alentours du lieu d'injection, observé quatre fois, on ne note aucun phénomène anormal.

2) Mlle T..., schizophrène, âgée de 45 ans, pesant 42 kg. 500.

1re *séance :* On pratique une injection intra-veineuse rapide de 1.000 mgr. d'hydroxyprégnanédione dissous dans 10 cm3 de sérum physiologique tiède à 10 h. 30 du matin ; à 10 h. 35, la malade s'endort, l'hypotonie est obtenue à 10 h. 45, c'est-à-dire quinze minutes après le début de l'injection. Nous ne notons aucun phénomène particulier : la tension, de 9,5/5 est cependant passée à 8,5/6. Le choc est alors lancé. Un courant de passage de 50/100 s. n'entraîne pas de crise ; nous pratiquons alors une électro-narcose qui la provoque. Après la crise, la malade fait une phase d'apnée précédée de hoquets nécessitant la respiration artificielle pendant environ cinq minutes. La respiration reprend à 11 h. 35. La tension artérielle s'est encore pincée, elle est alors à 7,5/6 ; nous injectons une ampoule de néosynéphrine. En quelques instants, la tension artérielle revient à des chiffres normaux. Le début du réveil est obtenu à 12 h. 50. La malade se nourrit entre 13 h. et 13 h. 30, puis se rendort une vingtaine de minutes, pour s'éveiller définitivement à 14 h. 05.

2e *séance :* On pratique une injection d'atropine intra-musculaire, une demi-heure avant l'injection de 500 mgr. d'hydroxyprégnanédione dissous dans 5 cm3 d'eau. Au bout de huit minutes, l'endormissement est obtenu. Le choc est lancé quinze minutes après le début de l'injection ; nous n'obtenons rien avec un temps de cinquante centième de seconde ; nous pratiquons alors une électro-narcose, qui entraîne une crise normale. Il n'y a pas de troubles respiratoires après le choc, mais à partir de la 45e minute la tension artérielle qui, au départ, était de 10,5/6, se pince et arrive à 7,5/6. Nous pratiquons alors une injection de néosynéphrine qui, comme précédemment, remonte la tension très rapidement et, en dix minutes, nous avons une tension de 13,5/10. Le réveil est obtenu au bout de 1 h. 30.

3e *séance :* On pratique une injection de 1/4 de mgr. d'atropine intra-mus-

culaire, une demi-heure avant 300 mgr. de viadril dissous dans 3 cm³ de sérum salé. L'électro-choc est lancé quinze minutes après l'injection. Le sommeil est obtenu assez rapidement, mais il est beaucoup moins profond que les fois précédentes. Nous ne notons ni troubles respiratoires, ni pincement de la tension artérielle nécessitant l'injection de néosynéphrine. Le réveil est obtenu 1 h. 15 après le début de l'injection.

4e séance : Elle se passe dans les mêmes conditions avec 500 mgr. d'hydroxyprégnanédione.

Il faut noter que l'apnée, observée lors de la première séance, est identique, quoique plus prolongée, que celle que nous avons notée lors des premiers électro-chocs pratiqués sans préparation. Il semble bien que l'hydroxyprégnanédione ne soit pas en cause, car l'injection d'atropine avant le choc fait disparaître les troubles respiratoires, que l'hydroxyprégnanédione soit ou non utilisée.

3) Mlle D..., âgée de 63 ans, pesant 54 kg., mélancolie chronique. Hypertendue scléreuse (19-12).

Sans préparation, nous injectons 500 mgr. d'hydroxyprégnanédione dissous dans 5 cm³ de sérum salé. La malade s'endort en moins de dix minutes, est hypotonique à partir de la 15e minute. Une électro-narcose est lancée à la 20e minute, entraînant une crise réduite. Le réveil a lieu 90 minutes après l'injection, sans incident. Aucune modification importante du pouls, de la tension ou de la respiration n'est à signaler. Nous notons cependant une légère tuméfaction du bras au niveau de l'injection le lendemain.

4) Mlle D..., schizophrène, âgée de 34 ans, pesant 48 kg., extrêmement opposante aux électro-chocs sans anesthésie.

Séance unique : La malade s'endort dans le calme en cinq minutes, sous l'influence d'une perfusion de 1.000 mgr. d'hydroxyprégnanédione dissous dans 125 cm³ de sérum salé. Un électro-choc prolongé est lancé à la 15e minute (35-200), entraînant une crise normale. Le réveil se produit une heure trois quart après l'injection, sans que l'on n'ait noté d'élément anormal.

5) Mme B..., psycho-névrose anxieuse atypique, âgée de 36 ans, pesant 64 kg.

1re séance : Une demi-heure après une prémédication de 1/4 de mgr. d'atropine intra-musculaire, nous injectons 1.000 mgr. d'hydroxyprégnanédione dissous dans 10 cm³ de sérum salé. A la troisième minute, la malade déclare voir trouble ; elle s'endort à la quatrième minute. Nous observons ensuite pendant une dizaine de minutes des secousses myocloniques fugitives sur différents territoires musculaires. A la 20e minute, la malade dort calmement, respire régulièrement au rythme de 28 par seconde ; la tension artérielle est passée de 13/8 à 10,5/7, le pouls bat à 90. Nous lançons alors un électro-choc (30-200), qui provoque une forte crise tonique et clonique. Le sommeil dure ensuite environ 1 h. 1/4 puis la malade se réveille progressivement, elle déclare se sentir bien et « avoir l'impression de guérir ».

2e séance : Sans prémédication, nous injectons 700 mgr. d'hydroxyprégnanédione dissous dans 7 cm³ de sérum salé. Dans les premières minutes

suivant l'injection, la malade parle beaucoup de ses conflits familiaux, et manifeste un transfert positif sur le personnel proche de son lit. Elle se plaint de voir trouble, puis s'endort sept minutes après l'injection ; comme lors de la séance précédente, des secousses myocloniques agitent de façon fugace différents groupes musculaires. L'électro-choc prolongé est lancé à la 20e minute (25-150) et provoque une crise moins violente que la précédente. Le réveil se produit 1 h. 1/2 après l'injection ; la malade se sent calme et détendue.

Quelques gouttes d'hydroxyprégnanédione passées dans les tissus paraveineux entraînent une réaction inflammatoire locale, qui guérit en deux jours sous l'influence de compresses humides.

6) Mme S..., psycho-névrose anxieuse âgée de 67 ans, pesant 56 kg.

1re séance : Sans prémédication, nous injectons 1.000 mgr. d'hydroxyprégnanédione dissous dans 10 cm3 de sérum salé. L'endormissement est obtenu en quatre minutes. Pendant les cinq minutes suivantes, nous notons des contractions myocloniques de divers territoires musculaires. L'hypotonie est obtenue au bout de quinze minutes et le choc est lancé dans les conditions habituelles. Le sommeil calme, sans modification des constantes neuro-végétatives, se poursuit 1 h. 15 après le début de l'injection. La phase de réveil se prolonge une demi-heure, pendant laquelle la malade verbalise ses angoisses.

2e séance : La deuxième séance a lieu avec 500 mgr. d'hydroxyprégnanédione en perfusion, dans 125 cm3 de sérum salé. L'endormissement est obtenu en une dizaine de minutes. Le choc est alors lancé avec les constantes habituelles, vingt minutes après le début de la perfusion. Le réveil se produit à la 45e minute, dans les mêmes conditions que la fois précédente ; nous ne notons pas non plus de perturbation neuro-végétative.

3e séance : La troisième séance est identique en tous points à la précédente ; nous notons seulement des phénomènes inflammatoires locaux qui obligent à appliquer des compresses humides au niveau du lieu de l'injection pendant plusieurs jours.

7) Mme V..., psycho-névrose atypique, âgée de 39 ans et pesant 65 kg.

Séance unique : Après une prémédication de 1/4 de mgr. d'atropine, nous pratiquons une injection de 1.000 mgr. d'hydroxyprégnanédione dissous dans 10 cm3 de sérum salé isotonique. Le sommeil est obtenu en quatre minutes et l'hypotonie apparaît à la sixième minute. On note, comme dans la plupart des cas précédents, quelques secousses myocloniques. Le choc est lancé à la 15e minute (12-8). Nous obtenons une crise de faible intensité.

8) Mme S..., état dépressif réactionnel, âgée de 54 ans, pesant 60 kg.

1re séance : Nous injectons en intra-veineuse rapide 10 cm3 de sérum salé contenant en dissolution 1.000 mgr. d'hydroxyprégnanédione, sans prémédication. Le sommeil est obtenu à la troisième minute. Le choc est lancé à la 15e minute et le réveil se produit environ 1 h. 15 après le début de l'injection. Nous ne notons aucun trouble végétatif ou local.

9) Mme T..., psycho-névrose à type dépressif, âgée de 64 ans, pesant 62 kg.

Nous sommes amenés à pratiquer des électro-chocs sous hydroxyprégnanédione à cette malade, car, à la suite des chocs précédents, elle s'était plainte de douleurs au niveau du rachis dorsal. La radiographie ne montre pas de lésions du rachis.

1re séance : Nous injectons en intra-veineuse rapide 1.000 mgr. d'hydroxyprégnanédione dissous dans 10 cm3 de sérum salé. Prémédication : 1/4 de mgr. d'atropine intra-musculaire et un suppositoire d'isocurine. Le sommeil est obtenu en cinq minutes ; le choc, lancé avec des constantes inférieures à celles des chocs précédents, provoque une crise d'importance réduite. Le reveil se produit 1 h. 1/4 après le début de l'injection, sans phénomènes anormaux respiratoires ou cardio-vasculaires. Cependant, nous notons une hypersialorrhée et surtout un larmoiement important. Le réveil se fait dans le calme ; pendant la phase de réveil, la malade expose ses conflits, elle paraît très détendue, elle ne se plaint pas de dorsalgies.

2e séance : Nous injectons, après une prémédication de 1/4 d'atropine, 500 mgr. d'hydroxyprégnanédione dissous dans 125 cm3 de sérum salé, en perfusion intra-veineuse. Le choc, lancé 25 minutes après l'injection, provoque une crise d'amplitude réduite. Après la reprise respiratoire, la respiration s'encombre légèrement. Le réveil se fait sans phénomène d'abréaction, 1 h. 1/4 après le début de la perfusion.

3e séance : Après une prémédication de 1/4 d'atropine, nous injectons rapidement 10 cm3 de sérum salé contenant en solution 500 mgr. d'hydroxyprégnanédione. Nous ne notons pas de troubles respiratoires, pas de modification de la tension artérielle, pas d'hypersécrétion. Le choc est lancé à la 20e minute, avec les constantes habituelles. Le réveil se produit deux heures après l'injection. La malade est un peu confuse, nous ne notons pas de phénomènes d'abréactions. Une inflammation locale discrète disparaît en quelques jours.

4e séance : Après une prémédication de 1/2 mgr. d'atropine, nous injectons en perfusion intra-veineuse 1.000 mgr. d'hydroxyprégnanédione dans 125 cm3 de sérum salé. Le sommeil est obtenu en 1/4 d'heure. Le choc est lancé à la 20e minute. Le réveil se fait 1 h. 45 après le début de l'injection. A aucun moment nous ne notons de perturbation cardio-vasculaire, respiratoire, ou d'hyper-sécrétion. Par contre, des troubles locaux assez importants sont notés le lendemain de l'injection : l'avant-bras est gonflé, rouge et douloureux ; la réaction inflammatoire persiste près d'une semaine malgré les traitements locaux.

5e séance : Sans préparation, nous perfusons 1.000 mgr. d'hydroxyprégnanédione dissous dans 125 cm3 de sérum salé. Le sommeil est obtenu au bout d'une dizaine de minutes. Le choc est pratiqué dans les conditions habituelles, mais nous notons une apnée après le choc, due à une faute technique : la mâchoire inférieure n'ayant pas été subluxée, la malade avalait sa langue.

10) Mme M..., état dépressif récidivant, 9e internement, âgée de 32 ans, pesant 52 kg.

1re séance : Nous pratiquons l'injection intra-veineuse rapide de 500 mgr.

d'hydroxyprégnanédione dissous dans 5 cm³ de sérum salé. Le sommeil est obtenu au bout d'une dizaine de minutes et l'hypotonie est complète au bout d'une quinzaine de minutes. L'électro-choc est lancé à la 40e minute. Le réveil se fait deux heures après le début de l'injection.

2e et 3e séances : Sont exactement superposables à la première et à la pancarte reproduite dans le tableau.

Il faut noter que l'amélioration clinique a été remarquablement plus rapide que lors des internements précédents et qu'elle semble par ailleurs se prolonger plus longtemps.

11) Mme M..., état dépressif, âgée de 61 ans, pesant 46 kg. 800.

Douze électro-chocs sont pratiqués sous hydroxyprégnanédione chez cette malade : six fois le produit (500 mgr.) est dissous dans 5 cm³ de sérum physiologique, six fois dans 125 cm³ de sérum glucosé. Dans tous les cas, elle s'endort à la troisième minute environ et est hypotonique à la sixième. Le choc est lancé comme à l'habitude à la 15e, avec des constantes de 20/150. Une crise réduite est obtenue. Le réveil se produit chaque fois une heure après le début de l'injection.

Technique.

Le malade est à jeun, déshabillé et couché. On injecte un quart à un demi-milligramme d'atropine intramusculaire, pour éviter des troubles respiratoires après le choc, et pour supprimer l'hypersécrétion salivaire et bronchique. Une demi-heure après, on pratique une injection strictement intraveineuse de 500 mg. à 1.000 mg. d'hydroxyprégnanédione, en solution dans 5 à 10 cc. de sérum salé.

Le malade s'endort habituellement en trois à quatre minutes, signalant parfois une amblyopie ou une diplopie. Dans les quinze minutes suivant l'injection, l'hypotonie musculaire s'installe, en même temps que disparaît le réflexe cornéen. On note souvent à ce moment de brèves secousses musculaires de type myoclonique, qui cessent rapidement. Si la quantité d'anesthésique est trop importante, il peut apparaître alors une certaine gêne respiratoire, due à la chute de la langue en arrière, que la subluxation de la mâchoire, ou l'introduction d'une canule de Gedel-Mayo, préviendra.

Le choc peut être lancé à partir de la quinzième minute. Il semble qu'en général le produit augmente le seuil d'excitabilité cérébrale, si bien qu'on peut diminuer d'un tiers la durée de passage du courant initial et d'intensité du courant secondaire. La crise tonique est moins violente et la crise clonique juste ébauchée. La reprise respiratoire se fait normalement à la fin du choc.

Dans quelques cas, la tension artérielle baisse et se pince quarante-cinq à soixante-dix minutes après le début de l'anesthésie. L'injection intramusculaire d'une ampoule de néosynéphrine ramène les chiffres à la normale en quelques minutes.

Le réveil se produit quarante-cinq minutes à une heure trente après

le début de l'anesthésie. Ce temps, variable avec les susceptibilités individuelles, permet d'ajuster la dose de produit à employer lors des anesthésies suivantes.

Le réveil est calme, sans nausées. Souvent, on observe une diminution de l'introversion, et parfois une franche extroversion, qui peut persister plusieurs jours, facilitant la psychothérapie. Il semble même que certains malades tirent plus rapidement bénéfice de la sismothérapie.

Les seuls incidents notables sont dus à la causticité du produit. Les injections paraveineuses entraînent des phénomènes inflammatoires locaux, qui disparaissent en quelques jours sous l'influence des compresses humides. L'application locale de pommade à la pindione immédiatement après l'injection permet d'éviter presque à coup sûr ce genre d'incident.

Conclusions.

L'injection intraveineuse d'hydroxyprégnandione nous a permis de pratiquer des électrochocs sous anesthésie générale.

L'intérêt majeur de l'emploi de ce produit dans cette indication réside dans l'absence quasi-complète d'effets secondaires ; en particulier, il n'entraîne pas de dépression respiratoire, pas de trachéo-, broncho- ou laryngo-spasme. Comme dans toute anesthésie, la mâchoire doit être subluxée pour prévenir la chute de la langue en arrière.

L'effet thérapeutique de la sismothérapie ne nous a pas paru diminué par l'anesthésie ; il nous a même semblé dans quelques cas que son efficacité était accrue.

Les phénomènes inflammatoires locaux sont discrets, et n'ont jamais constitué une contre-indication à la réutilisation du produit.

Manies chroniques graves interrompues par la réserpine. Restitution pour deux d'entre elles d'un rythme périodique, par H. Maurel et J.-P. Spielmann.

Pour étudier l'effet d'une nouvelle drogue, il peut n'être pas inutile, à côté de travaux inspirés par la méthode statistique, d'exposer en détail un nombre limité d'observations thérapeutiques. Les cas notamment pour lesquels l'institution d'un traitement neuroleptique paraît avoir bouleversé le cours d'une grave psychose nous semblent mériter une attention particulière. De telles observations ne peuvent nous instruire si nous les réduisons aux éléments chiffrés d'un calcul statistique. Leur singularité exige un examen spécial. C'est pourquoi nous avons estimé nécessaire de proposer à votre

appréciation critique trois surprenants succès que la réserpine nous permit d'obtenir dans des cas de manie chronique de longue évolution. Nous vous les présentons tels qu'ils nous apparaissent, plus de trois ans après le début de la cure.

Observation 1. — Marguerite J..., née en 1917. Psychose grave chez une tante maternelle. Orpheline de père à l'âge de 2 ans. Développement normal. Travaille comme ouvrière d'usine jusqu'à son mariage en 1936. Deux enfants, nés en 1937 et 1948. Mari alcoolique chronique.

Premiers troubles mentaux en 1951, à la suite d'une affection grippale. Internement le 5 avril pour un « état d'excitation maniaque avec agitation psycho-motrice, fuite des idées, mobilité de l'attention, variabilité de l'humeur. Ne cesse de parler en gesticulant, embrasse ceux qui l'approchent, dérange la literie » (Dr Frey). Une série de neuf électro-chocs obtient le retour au calme. Essai de sortie le 14 juin 1951 ; réintégration sept jours plus tard, en état de grande agitation maniaque. Jusqu'en novembre, longue série de 17 électro-chocs. Sédation transitoire, suivie, après trois semaines, de rechute maniaque. En mars et avril 1952, cure insulinique (16 comas en 20 séances), qui n'obtient que vingt jours d'équilibre suivis d'une nouvelle rechute maniaque. En juillet 1952, l'agitation est extrême, la malade se barbouille de ses matières. Cure de sommeil du 24 juillet au 17 août 1953, par association de barbituriques et de chlorpromazine. Rechute dès la fin de la cure. A cette époque, se manifestent, sur un fond permanent de grande excitation, un gâtisme régulier, une apparente indifférence, des paramimies, des réactions impulsives qui évoquent une évolution discordante. La malade, placée dans un quartier de malades chroniques, reste jusqu'en avril 1955 sans autre traitement que des médications symptomatiques. A cette date, un abcès froid de la paroi lombaire fait découvrir un mal de Pott intéressant les 2e, 3e et 4e vertèbres lombaires. Le 7 avril 1955, nous prescrivons une cure de réserpine à la dose de 15 mgr. *per os*, qu'il se révèle nécessaire de porter à 24 mgr. pour obtenir la sédation. Ce traitement provoque une amélioration durable, suffisante pour qu'en décembre 1955 une sortie soit essayée à l'occasion des fêtes de Noël. Le retour au foyer détermine une rechute immédiate, due manifestement aux conditions désastreuses de l'entourage familial et particulièrement à l'alcoolisme grave du mari. La malade est réintégrée le 26 décembre 1955, en état de grande excitation maniaque. Le traitement par la réserpine est repris à la dose de 15, puis de 24 mgr. En quelques jours, nous observons le retour à la normale et la posologie peut être diminuée par paliers jusqu'à 3 mgr. le 24 janvier 1956. Cette dernière dose est maintenue jusqu'au 16 avril 1956, date à laquelle on décide de suspendre la cure neuroleptique. L'état psychique de la malade est devenu normal, mais en raison de l'échec précédent et de la nécessité d'une surveillance médicale du mal de Pott lombaire, la sortie est différée jusqu'au 31 août 1956.

Deux ans et deux mois se sont maintenant écoulés depuis cette sortie, la guérison proprement dite datant de deux ans et demi. Nous suivons régulièrement la malade dans le cadre d'un dispensaire de post-cure. Malgré de graves difficultés matérielles et affectives, l'époux ayant dû être interné à deux reprises, la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour sans aucun

traitement d'entretien. La malade, non seulement dirige seule son foyer, mais peut exécuter hors de chez elle des travaux ménagers.

En résumé, manie chronique avec symptômes discordants, évoluant depuis 1951, malgré de multiples tentatives thérapeutiques (électro-chocs, comas insuliniques, cure de sommeil). Une cure de réserpine instituée en 1955 obtient un premier résultat favorable. Echec d'un essai de sortie en 1955 (rechute immédiate). Reprise du traitement. Stabilisation durable. Sortie en 1956. Guérison maintenue sans cure d'entretien deux ans six mois après l'arrêt du traitement.

Observation 2. — Anne-Marie H..., née en 1912. Pas d'antécédents psychotiques familiaux. Scolarité normale. Apprentissage de couturière. Mariage en 1943.

Apparition subite de troubles mentaux le 29 janvier 1948 sous la forme d'une anxiété aiguë suivie d'excitation. Internement le 2 février. Le certificat immédiat décrit un « état de manie aiguë avec agitation motrice, logorrhée, fuite des idées, propos orduriers, bribes d'idées délirantes » (Dr Frey). Plusieurs séries d'électro-chocs demeurent sans autre effet qu'une très brève sédation. L'état mental ne cesse de s'aggraver et se complique de symptômes dissociatifs discrets. A la fin de 1949, après 42 électro-chocs, la chronicité paraît acquise. La malade séjourne en permanence dans un quartier d'agitées. Lorsqu'en 1954 nous l'observons pour la première fois, elle présente un syndrome maniaque avec excitation motrice, fou-rires, jeu perpétuel, causticité, turbulence nocturne, gâtisme intermittent. Cet état se prolonge depuis six ans sans autre interruption que trois ou quatre jours de calme périodiquement obtenus par les électro-chocs. En février 1955, échec d'une cure de sommeil par association de barbituriques et de chlorpromazine. Le 12 mars 1955, nous prescrivons un traitement par la réserpine à la dose de 15 mgr. *per os*. Aucun résultat n'ayant été obtenu après une semaine, nous tentons une cure de carbonate de lithium (3 gr. par jour pendant sept jours). Nouvel échec. L'administration de réserpine, reprise le 28 mars 1955, à la dose plus élevée de 18 mgr., obtient en deux jours une excellente amélioration, qui rapidement se précise jusqu'à la guérison. Arrêt du traitement le 24 avril. Sortie le 2 juin 1955.

Rentrée dans sa famille, la malade reprend son activité de couturière. Cette guérison, survenue après plus de six ans d'évolution maniaque continue, se maintient seize mois sans cure d'entretien. Mais, le 14 octobre 1956, la malade est admise à nouveau pour une rechute maniaque provoquée par un deuil (décès du père). La guérison est rapidement obtenue grâce à une nouvelle cure de réserpine. Sortie le 16 novembre 1956. Après un intervalle de dix mois, troisième accès maniaque plus difficile à juguler, qui nécessite un traitement de cinq mois (26 septembre 1957 au 27 février 1958). Six mois plus tard, quatrième accès cliniquement identique aux précédents. Réadmise le 27 août 1958, la malade est actuellement en cours de traitement. Depuis sa première sortie en juin 1955, Anne-Marie, à l'occasion de trois rechutes, a séjourné sept mois en milieu psychiatrique. Dans l'intervalle des accès, elle a pu mener une vie familiale et professionnelle normales ; mais la durée des intervalles tend à se raccourcir (16 mois, 10 mois, 6 mois).

En résumé, manie chronique évoluant depuis 1948, malgré électro-chocs, cure de sommeil, carbonate de lithium. Guérison près de sept ans après le

début de l'accès, coïncidant avec une cure de réserpine. Sortie en juin 1955, maintenue seize mois sans aucun traitement d'entretien. A partir d'octobre 1956, établissement d'un rythme périodique.

Observation 3. — Cécile S..., née en 1908, fut admise pour la première fois le 8 novembre 1945 pour un « état d'excitation maniaque avec euphorie, agitation motrice, fuite des idées, acuité anormale de l'attention spontanée, propos orduriers » (Dr Frey). Une série de 20 électro-chocs obtint la guérison et permit la sortie le 27 mars 1946.

En 1950, deuxième accès de manie aiguë, d'une symptomatologie « en tout point analogue » à celle de 1945. Admission le 5 octobre 1950. Six électro-chocs. Guérison apparente et sortie le 17 novembre, mais rechute rapide. Réadmission le 1er décembre 1950, en état d'agitation extrême. La psychose se montre alors désespérément rebelle aux tentatives thérapeutiques : plusieurs séries d'électro-chocs en 1950, 1951, 1952 (22 séances au total), cure de sommeil en 1953. A partir de 1952, la malade, présumée incurable, bénéficie d'une pension d'invalidité. Le diagnostic de manie chronique figure pour la première fois sur les certificats en février 1952, après 14 mois d'évolution continue de la psychose, dont il convient de souligner qu'elle comporta toujours une grande agitation motrice, rendant souvent inévitables des mesures de contention.

Après cinq ans d'hospitalisation, en 1955, la malade présente encore l'aspect d'une manie aiguë : cris, gesticulation incessante, grimaces, plaisanteries, propos orduriers et obscènes, dénudation. Ce comportement alterne avec de très brèves phases anxieuses qu'on ne peut dire à proprement parler mélancoliques, mais qui répondent plutôt aux explosions émotives qu'il est habituel d'observer au cours des syndromes maniaques. Le 31 mai 1955, on institue un traitement par la réserpine à la dose de 12 mgr. *per os*. Dès le 3 juin, une amélioration peut être constatée : la malade accepte de rester vêtue et peut quitter sa chambre d'isolement. La dose de réserpine est augmentée à 18 mgr. le 3, à 24 mgr. le 4 juin. Le 11 juin, le calme est obtenu. La malade accusant une gêne respiratoire assez intense, on diminue rapidement la dose de réserpine pour interrompre le traitement le 23 juin. On note à ce moment une inversion de l'humeur sous la forme d'une dépression légère avec hypomimie et inhibition motrice. La malade est alors transférée dans un pavillon d'une meilleure ambiance psychothérapique. Sans aucun traitement, elle ne cesse de s'améliorer et l'humeur, après cette courte oscillation dépressive, devient rapidement normale. Le 18 août 1955, la malade est reprise par son mari.

Obtenue après cinq ans d'évolution, par un traitement réserpinique d'une brièveté remarquable (23 jours), après échec de l'électrochocthérapie et d'une cure de sommeil, cette guérison fut durable. Pendant deux ans et demi, la malade reprit dans son foyer une activité normale. Mais en janvier 1958, à l'occasion de la ménopause, se produisit une rechute maniaque : logorrhée, hypermnésie, labilité émotive, préoccupations hypocondriaques, idées de jalousie. Le traitement de ce nouvel accès fut aisé et rapide : une cure de réserpine à la dose maximum de 21 mgr. obtint la guérison et la sortie put être décidée le 4 mars 1958. La malade, suivie à intervalles réguliers, est actuellement en bon état psychique.

En résumé, premier accès maniaque en 1945, guéri en quatre mois par

20 électro-chocs. Deuxième accès en 1950, inaugurant une phase psychotique prolongée qui durera cinq ans, malgré électro-chocs et cure de sommeil, et dont la guérison coïncide exactement avec l'institution d'une cure de réserpine. Deux ans et demi après la guérison, rechute ménopausique, à forme d'état mixte, rapidement curable.

Ces trois observations présentent des caractères assez exceptionnels. Leur forme clinique, tout d'abord, ne correspond, ni à l'hypomanie chronique, ni à la manie rémittente, ni à la forme délirante de la manie chronique. C'est à la variété classique, dite « manie chronique simple », qu'elle s'identifie le mieux, malgré la persistance inhabituelle, chez nos trois malades, d'une excitation motrice intense, et la constitution, après quelques années, d'une symptomatologie discordante plus ou moins nettement décelable. Hors de France, de telles psychoses auraient été sans doute étiquetées « schizophrénies ». Nous avons cru devoir maintenir la désignation de manie, dont l'évolution atteste la légitimité. En fait, ces trois psychoses qui avaient, pendant plus de cinq ans, constitué l'*habitus* des sujets, et répondaient ainsi au critère de la chronicité, se présentaient cliniquement à la façon de *manies aiguës prolongées*. Nous insistons sur cet aspect particulier de nos malades, car il pourrait éventuellement nous permettre de comprendre l'exceptionnelle qualité des résultats thérapeutiques. Non seulement la guérison obtenue fut complète, mais elle put se maintenir respectivement deux ans et demi, seize mois et deux ans et demi, *sans traitement neuroleptique d'entretien*. Or, les formes habituelles, hypomaniaques ou délirantes de la manie chronique, si elles réagissent favorablement à la réserpine, comme maints auteurs l'ont affirmé, guérissent rarement et nécessitent une cure d'entretien indéfiniment prolongée. Nous-mêmes, chez sept malades de ce type, n'avons obtenu aucune guérison : un cas fut un échec complet ; quatre cas présentèrent une grande amélioration et deux une amélioration légère, résultats étroitement subordonnés à l'administration continue d'une dose d'entretien. La forme clinique de manie aiguë prolongée, qui différenciait nos trois malades de l'aspect habituel des maniaques chroniques comportait donc un meilleur pronostic. Leur excitation plus intense impliquait, en revanche, une plus nette curabilité.

Pouvons-nous affirmer que la réserpine, dans ces observations, ait été le véritable agent de guérison ? La coïncidence dans le temps ne peut être niée. Mais, à l'époque où nous avons institué ces cures, nous assistions, grâce à la réserpine, à la transformation profonde d'un service d'où nous voyions progressivement l'agitation disparaître. Une telle métamorphose suscitait chez les thérapeutes un enthousiasme dont la valeur psychothérapique ne saurait être négligée ; elle comportait en outre une modification de l'ambiance hospitalière capable de réduire l'aspect réactionnel présent en toute agitation et, par là, d'introduire une discontinuité dans le cercle vicieux de la chronicité.

Pourtant nos trois malades avaient été précédemment soumises à de multiples traitements, qui tous avaient été inefficaces. Elles avaient séjourné longtemps et à plusieurs reprises dans des pavillons de traitement actif, sans que leur psychose ait dévié de son cours. Il semble donc nécessaire d'admettre une influence prédominante et spécifique de la réserpine comme facteur de guérison, le rôle des circonstances psychothérapiques paraissant accessoire. A cet égard, notre deuxième observation, où la réserpine prescrite à doses insuffisantes fut tout d'abord inefficace, nous semble très démonstrative. Entre la première et la deuxième cure, l'environnement était resté constant : la posologie avait seule varié. Compte tenu des conditions d'hospitalisation c'était donc bien un traitement neuroleptique qui était nécessaire pour mettre fin au cycle de l'agitation.

Aurions-nous obtenu les mêmes résultats si nous avions utilisé la chlorpromazine ? Il nous est difficile de rien affirmer sur ce point. La littérature ne nous propose, à ce sujet, que des opinions discordantes. Borenstein a employé avec succès la réserpine dans le traitement des manies chroniques. Deshaies donne la préférence à la chlorpromazine. Lambert, comparant les deux médicaments à propos de neuf observations d'hypomanie chronique ou rémittente indique que « tous ces malades ont été mieux améliorés par la réserpine que par la chlorpromazine ». En ce qui nous concerne, nous croyons pouvoir supposer que nos malades, compte tenu de la forme clinique dont ils étaient atteints, auraient probablement guéri d'une façon aussi satisfaisante par une cure de chlorpromazine correctement conduite. L'enseignement qui nous paraît se dégager de ces observations est la notion du pouvoir singulier des traitements neuroleptiques, qui se montrent capables, après l'échec d'autres thérapeutiques, d'infléchir au-delà de toute espérance la trajectoire évolutive de psychoses graves et chroniques, et notamment de restituer à certaines formes de manie continue un rythme périodique.

BIBLIOGRAPHIE. — Borenstein (P.), Dabbah (M.), Baré (D.) : Contribution à l'étude de la réserpine en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, 1956, I, p. 545-579. — Deshaies (G.), Doutriaux (D.), Landry (M.) : Traitement d'une manie chronique. *Annales médico-psychologiques*, 1956, II, p. 117-120. — Lambert (P.), Toulet (M.), Diéderichs (A.), Lemonnier (J.) : A propos de quatre-vingts malades chroniques traités successivement par chlorpromazine puis réserpine. Comparaison des résultats. Meilleure action de la réserpine dans les syndromes hypomaniaques. *Annales médico-psychologiques*, 1957, II, p. 284-287.

Discussion

M. Paul Abély. — A propos de cette très intéressante communication, je tiens à signaler une constatation contrôlée par moi depuis quelques mois, à savoir : la nette supériorité d'action de la réserpine en injections intramusculaires. Deux à trois ampoules par jour (chaque ampoule étant dosée à 2 mgr. 5) m'ont fait assister en moins d'un mois à la spectaculaire guérison d'une manie chronique qui avait résisté à tous les neuroleptiques.

L'effet de ce même serpasil en injection m'a paru également très intéressant dans les syndromes délirants de jalousie évoluant sur un fond paranoïaque ; le médicament est très bien supporté et aboutit presque à une authentique cure de sommeil.

A propos de la brochure : " Pourquoi êtes-vous ici ?" destinée aux alcooliques faisant une cure de désintoxication, par M. Maurice Leconte.

Dans une circulaire en date du 30 avril 1958, le Ministère de la Santé publique nous a invités à faire connaître notre désir ou non de disposer d'un certain nombre d'exemplaires d'une brochure intitulée : « Pourquoi êtes-vous ici ? », destinée aux alcooliques faisant une cure de désintoxication.

Dans une nouvelle circulaire, adressée cette fois hiérarchiquement à MM. les Préfets, les Directeurs départementaux de la population et de l'aide sociale (pour information), les Directeurs départementaux de la santé (pour exécution), et les directeurs, médecins-directeurs et médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques (pour *exécution* également), nous avons été de nouveau invités d'une façon plus pressante à passer commande de cette brochure, éditée, nous apprend-on, par la Direction de la documentation à la Présidence du Conseil, en vue de la distribuer à nos malades.

Il nous est signalé, qu'étant donné son intérêt tout particulier, du prix (1) sera attaché à ce qu'une large diffusion puisse lui être donnée, et que l'on veuille bien seconder l'effort entrepris pour favoriser l'achat de cette brochure dans les établissements hospitaliers.

Voilà donc, une fois de plus, de nouveau posé le cas de conscience du medecin-fonctionnaire, qui doit effectivement exécuter les ordres reçus, et du médecin-traitant, qui a le droit de choisir la thérapeutique que lui dicte sa propre conscience et diriger son service conformément à son tempérament et son expérience, une fois que les titres nécessaires lui ont été conférés.

C'est ce à quoi, y compris la brochure en question, nous avons déjà fait allusion au dernier Congrès de Strasbourg, en juillet 1958 (2).

Une fois de plus, délibérément et sans regret, tant notre expérience nous y autorise, le médecin-traitant que nous sommes l'a emporté sur le fonctionnaire, et nous avons donc décliné l'offre d'une distribution dans notre service d'une brochure dont la forme comme le fond demeurent discutables.

(1) Les modalités d'application de la circulaire du 25 juillet 1958 illustreront-elles de façon tangible le prix attaché au conformisme sociatrique ?

(2) M. Leconte. — L'état actuel de nos connaissances en psychiatrie autorise-t-il la poursuite du dirigisme d'inspiration sociatrique. *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Strasbourg, 1958.

Nous pensons nécessaire de revenir sur la question, car si la France, comme nous l'espérons tous, est enfin dotée d'un gouvernement plus stable et de ministères dont la longévité sera accrue, il convient que, lorsque des instructions plus ou moins péremptoires nous seront données, elles aient été pleinement étudiées par les Sociétés savantes, que les ministres signataires soient pleinement informés de leur portée, et qu'au surplus les critiques qui se peuvent faire aient de préférence été analysées avant la promulgation de consignes ou de documents susceptibles de nécessiter une révision plus ou moins rapide.

Quoi qu'il en soit, et malgré tout notre désir, nous avons été contraints de prier qu'on nous dispense de la diffusion dans notre service de cette brochure, orientée par les conseillers du passé, en raison du fait qu'elle n'est pas en accord avec notre manière personnelle de conduire le traitement des alcooliques. Même si certains de ses aspects semblent scientifiquement vrais, le principe de la remise de la brochure est discutable.

L'aune payée par le contribuable n'en vaudra pas la chandelle. Bien des esprits simples ou indifférents s'abstiendront de la lire. Certains paranoïaques l'interpréteront pour donner plus de difficultés encore au médecin-traitant. Nombre de débiles ruraux arrosés ne sont pas capables de l'apprécier, ni dans son ensemble, ni dans ses détails. Ce serait davantage une brochure adaptée aux infirmières ou aux étudiants alcooliques qu'à la grande masse des malades qui nous sont confiés. Heureusement, l'alcoolisme est exceptionnel dans leur milieu.

C'est certes une mode de croire à la « papyrothérapie », mais nous nous sommes rendus compte de la vanité de bien des efforts de ce genre par expérience personnelle dans un hôpital psychiatrique précédent, et également à la 3e section de Maison-Blanche, lors de notre arrivée.

Un petit journal répondant au joli nom du « Messager », c'est-à-dire porteur de la bonne parole du Maître, était répandu dans le service. Parmi les articles qui sortaient du domaine des fadaises de patronage, l'un avait été consacré à la colonie familiale de Dun-sur-Auron.

Nous avons pendant longtemps interrogé les malades à ce sujet pour nous éviter tout d'abord (la tâche étant grande de prendre des fonctions nouvelles dans un service de plusieurs centaines de malades), le soin d'exposer ce que peut être la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Soit par indifférence, soit par perte de mémoire, nous en sommes encore à trouver une seule malade chez qui un tel article ait porté.

L'alcoolisme, fléau social, dans bien des cas n'est pas seulement de cause sociale, et c'est une erreur de croire qu'il est suffisant d'avoir bouquiné une monographie sur la cause de son mal pour être guéri, et

la chose, hélas ! se montre vraie pour les alcooliques aliénés autant que pour les tuberculeux ou les cancéreux.

La notice fait aussi mention de moyens et de collaborateurs dont l'Administration jusqu'à présent n'a pas doté la plupart des services d'hôpitaux psychiatriques.

Nous n'en fournirons, comme exemple, que la psychologue, dont on a d'abord doté les dispensaires, sans songer qu'il serait peut-être préférable de l'affecter par priorité aux services psychiatriques qui ont pu en faire la demande.

Il est donc évident qu'en toute logique il n'est pas possible de remettre à des malades un texte qui ne correspond, ni à la conception qu'a son chef de service, ni à la pratique du fonctionnement de ce service, ni aux principes qui peuvent y présider, ni aux moyens dont il dispose.

Nous nous permettons de citer en référence quelques passages que nous estimons discutables du point de vue thérapeutique : « Dans quelque temps, si votre état le permet, nous ajouterons à votre traitement un médicament-type " espéral ", dont nous aurons l'occasion de vous reparler, et qui vous apportera une aide supplémentaire. »

Nous pensons qu'un chef de service est en droit de choisir librement telle ou telle spécialité, et, de plus, doit avoir la liberté de s'abstenir, sans risquer de passer pour cela pour un mauvais médecin aux yeux du malade. D'où l'inconvénient de la remise de textes standards.

Autre pratique que d'aucuns peuvent juger d'efficacité discutable et plus ou moins réalisable selon l'abondance de personnel : « Pour vous guérir, nous avons besoin de votre collaboration active. *Nous nous réunissons régulièrement entre médecins et malades* pour vous expliquer comment vous pouvez aider à votre guérison et pour répondre à vos questions, mais vous devez déjà savoir... ...que vous devez nous aider et associer à votre effort ceux qui vous entourent, et notamment vos familles. » « *Des réunions spéciales à leur intention ont lieu dans le service.* » « Il est important qu'elles y assistent. »

Ces colloques sont, à notre avis, l'expression typique du penchant envahissant qu'a pour les parlotes l'école sociatrique, qui entend dresser en ce sens malades, infirmiers et médecins, et imposer ses méthodes par la voie du dirigisme officiel.

Nous pensons que nombre de récipiendaires, relevant indiscutablement de la loi de 1838 ou de celle du 15 avril 1954, ont besoin de discours d'un tout autre ton.

Notre conclusion sera courte et me semble devoir se résumer en un vœu que les consignes d'ordre thérapeutiques qui puissent nous être données se limitent à des méthodes qui ont déjà acquis l'assentiment de toutes les écoles, si tant est que des directives doivent être données à des médecins-traitants par des ministres ou les directeurs généraux de leurs services en matière de traitement.

Tous les efforts sont louables quand ils émanent de gens de bonne foi et expérimentés. La tentative peut être intéressante. Un grand facteur personnel joue en matière de thérapeutique, et dans l'usage des *placébo* intervient peut-être également le rôle propre du médecin.

Que chacun puisse rédiger la brochure de son choix, s'abstenir au besoin, préconiser la méthode adaptée à son tempérament, son expérience et son service, son personnel, et aussi la qualité intellectuelle, sociale, géographique, de ses malades, voilà ce qui nous semble administrativement licite. Un défenseur d'une médecine psychiatrique la plus libérale possible se doit de rappeler cela à la moindre tentative de pression sur le médecin-traitant, d'où qu'elle vienne, et sous n'importe quel régime, et encore plus lorsqu'il s'agit de textes déjà établis sous un régime dont il s'est montré vrai que trop de superficialité intervenait dans son fonctionnement.

Imposer aux uns les recherches des autres ne peut que décourager ou stériliser des efforts futurs qui pourraient se montrer plus féconds.

Nous pensons que le mieux serait de recommander à toutes les autorités compétentes de consentir à ce que tout chef de service qui en fait la demande puisse disposer de la bonne volonté et des crédits nécessaires, qu'il s'agisse ou non d'imprimés. Nous ne sommes pas là pour convoquer en commun les familles de nos alcooliques.

Nous sommes attachés au colloque singulier, à une médecine psychiatrique la plus personnelle et individuelle possible. Nous ne sommes pas ennemis de faire comprendre aux familles certaines nécessités du fonctionnement du service, mais il nous semble nécessaire que chacun puisse à sa guise commenter dans des prospectus plus adaptés ses façons de faire, et soit en droit de se dispenser de distribuer une brochure qui en quelque sorte peut constituer une critique de la marche de son propre service.

Conçoit-on que le Ministère de la santé publique ou la Sécurité sociale puissent se permettre de distribuer à chaque patient un texte officiel sur la façon dont son médecin-traitant doit traiter telle maladie dont il souffre ? N'est-il pas évident que la plus grande latitude doit être laissée à ce dernier et que c'est à lui qu'il appartient de discerner ce qui s'impose le mieux au malade qu'il traite.

Le médecin ne doit pas se servir des malades pour des essais sociologiques, et le vrai progrès social sera de profiter de l'accroissement du nombre des médecins pour accroître le caractère individuel de la médecine et la qualité des soins.

Tous les malades, et les alcooliques-femmes en particulier, ne relèvent pas ou ne sont pas capables de traitements collectifs.

L'actuelle pression, si anodine qu'elle puisse paraître, pose bien le problème de l'indépendance du médecin-traitant fonctionnaire, qui ne doit risquer d'encourir nulle entrave d'avancement ou d'activité professionnelle pour des raisons d'école.

Nous nous sommes suffisamment attachés à l'étude et aux problè-

mes des alcooliques depuis assez longtemps pour être en droit de choisir librement notre façon de conduire la cure des alcooliques aliénés qui nous sont confiés.

Nous nous méfions de l'abus des parlotes en cours, qui omettent quelquefois l'essentiel, qui, en matière d'alcoolisme, sera à la fois, et du domaine de la biologie, et de celui de l'autorité.

Enfin, cette circulaire de l'Administration, qui met à notre disposition une brochure dont le prix de revient dépassera sans doute le million, nous fait regretter que rien n'ait encore été fait pour les régimes alimentaires. Après quinze ans d'insistance, et tout particulièrement cinq ans de lutte dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine, nous ne sommes pas encore à même d'avoir pu assurer un régime déchloruré correct, ni doter notre service d'imprimés pour des prescriptions alimentaires quotidiennes, permettant de vérifier et de conduire la diététique convenable qui s'impose d'urgence en permanence. C'est sur ce sujet, en tout cas, qu'une brochure aurait été la bienvenue, sans conteste, nous l'espérons.

Bibliographie

M. Leconte. — Traitement de l'alcoolisme chronique : prophylaxie des rechutes. *Arch. int. neurol.*, 60, 216-217, 1941 ; — Formes cliniques des troubles mentaux de l'alcoolisme. *Arch int. neurol.*, 60, 218-221, 1941 ; 61, 12-23, 29-44, 1942 (en collaboration avec Suzanne Leconte-Lorsignol) ; — A propos de la statistique sur l'alcoolisme dans les asiles. *Ann. méd. lég.*, 25, 29-35, 1945 ; — De l'attentat à la pudeur à l'homicide après sortie de prison d'un arriéré alcoolique. *Ann. méd. lég.*, 25, 150-154, 1945 ; — Notes statistiques et médicales sur l'hérédo-alcoolisme des malades internés. *Ann. méd. lég.*, 27, 70-72, 1947 ; — Valeur de la notion du faisceau étiologique en cas d'ivresse anormale. *Ann. méd. lég.*, 27, 173-178, 1947 ; — Avantages du traitement par le disulfure de tétraéthylthio-urame en milieu psychiatrique fermé (en collaboration avec Saltron). *Arch. méd. soc.*, 6, 293-309, 1950 ; — Troubles psychiques au cours de l'ivresse alcoolique. *Gaz. des hôp. Paris*, 127, 769-776, 1954. — Un objectif permanent de la médecine psychiatrique : l'instauration d'une diététique convenable dans les hôpitaux psychiatriques. *Congrès de Nice*, septembre 1955.

Discussion

M. Leconte. — Je dois ajouter à ma communication que M. Rouault de la Vigne m'a adressé un texte à l'intention de ses alcooliques intitulé : « De la mort à la vie ». On ne peut mieux justifier la liberté que nous réclamons.

J'ai reçu aussi, je dois dire, dans l'intervalle, une communication de notre ami Bensoussan, à qui j'avais envoyé mon texte sur sa demande. Voici ce qu'il m'a déclaré :

« Je regrette beaucoup de ne pas pouvoir être à la séance où notre ami M. Leconte parlera de cette question.

« Je me permets simplement d'apporter, grâce à sa gentillesse, les précisions suivantes :

« D'une part, il est bien évident que je suis tout à fait sans aucune part et sans aucune responsabilité dans le destin administratif, si je puis dire, qui a été donné à cette brochure, et d'autre part, il faut bien préciser de façon à éviter tout malentendu ce qui était à son origine :

« C'est une brochure qui a été faite pour un service déterminé, en fonc-

tion des possibilités thérapeutiques de ce service et des traitements qui y étaient appliqués, mais à aucun moment on a prétendu fixer une ligne de conduite pour d'autres services équipés différemment ou répondant à d'autres modes de traitement.

« Le traitement des alcooliques est suffisamment polymorphe pour que de nombreuses méthodes puissent être essayées avec succès et jamais, à aucun moment, elle n'a voulu dicter le chemin à qui que ce soit.

« Cependant, dans la forme où elle a été conçue et réalisée, étant donné le service, à partir du jour où elle a été employée, elle a certainement rendu des services que personnellement nous avons trouvés appréciables.

« Mais la généralisation de son emploi pose bien d'autres questions, qui ont été évoquées justement par M. Leconte. »

A propos des mécanismes délirants - Érotisme - Culpabilité et Délire. Les conflits instinctivo-affectifs et le délire en miroir, par MM. Paul Abély et Jean-Claude Benoit.

Nous avions tout d'abord pensé pouvoir donner à cette communication le titre d' « érotisme délirant », mais nous avons rapidement compris qu'on allait peut-être supposer que nous voulions montrer des cas d'érotomanie. Or, non seulement il n'en est rien, mais il nous semble même que cet érotisme délirant s'oppose curieusement au syndrome érotomaniaque, si remarquablement isolé et décrit par de Clérambault, que plus tard J. Fretet appela « un érotisme affectif et de protection », enfin, que dans un mémoire récent M. Leconte qualifie « d'érotisme orgueilleux ».

De tels syndromes se rencontrent surtout dans certains états discordants et dans des états maniaques. Mais on n'y retrouve pratiquement jamais de véritables idées de culpabilité, ni un réel appétit sexuel exaspéré. Ce n'est que dans certains états psychopathiques de la ménopause (que l'un de nous a, il y a quelques années, décrits et analysés) qu'on pourrait retrouver ces deux symptômes, associés à deux autres d'un type très spécial : l'hypocondrie et la jalousie, cet ensemble s'expliquant par des troubles physiologiques inhérents à cette période critique et transitoire de l'existence féminine.

Ici, il s'agit de femmes jeunes, parfaitement réglées, en activité hormonale normale. Certes, on retrouve le mécanisme habituel de projection extérieure affective, si fréquente dans la psychogénèse des délires. Mais, alors que dans l'érotomanie de de Clérambault cette projection s'effectue sur un objet unique, dans un engagement total et entêté, cette fois nous remarquons que la base délirante est surtout, sinon plus, instinctive qu'affective, que l'élan délirant est hésitant, perplexe, mal engagé, presque ambivalent et auto-accusateur. Enfin, ce délire est bâti, non sur un grand personnage protecteur ou sur un médecin capable de soulager une inquiétude hypocondriaque et paranoïaque, mais il est au contraire dirigé vers les représentants du sexe opposé, sans distinction de situation ou de fortune. C'est bien cette

note originale qui nous a le plus frappés et qui nous a incités à vous présenter ces deux observations.

Il s'agit de deux jeunes femmes qui ont pas mal de points communs. Tout d'abord une enfance profondément perturbée, ensuite une exaltation érotique extrêmement précoce, qui n'a fait que s'amplifier avec le temps et l'expérience. Quand l'une et l'autre peuvent donner libre cours à leurs exigences instinctives, leur comportement est évidemment assez particulier, mais n'aboutit jamais au trouble mental. Quant au contraire leur « instinct » est contrarié, alors apparaît le délire. L'une, de tempérament cyclothymique, est alors déprimée, l'autre, de constitution cyclosthénique, devient hyposthénique. En les examinant lors de leur entrée, notre attention avait enfin été retenue par la constatation assez inhabituelle que leurs hallucinations auditives délirantes étaient uniquement faites de voix masculines.

Observation 1. — Renée X... est âgée de 29 ans. Son père est mort précocement de delirium tremens. Elle fut séparée de sa mère dès l'âge de 8 ans. Elle vivait alors en province chez une tante qui tenait un café. A 13 ans elle fut initiée à l'acte sexuel. Cette révélation fut vraisemblablement pour elle assez attrayante car elle multiplia l'expérience avec bien d'autres soldats ou civils. Cela ne l'empêcha pas de bien suivre ses études et d'obtenir facilement son C.E. Mais la conduite de la nièce inquiéta tellement la tante, qu'un an plus tard, elle pria la mère de la reprendre. L'intéressée eut alors une phase dépressive de quelques mois, puis obtint son C.A.P. Elle ne tarda pas cependant à s'intéresser, avec succès, à l'amant de sa propre mère, si bien, que celle-ci, ayant découvert la chose la jeta aussitôt hors la porte. Elle avait alors 16 ans. Sa vie sentimentale fut des plus tumultueuses. Quand elle se maria à 25 ans, elle conserva un amant, marié lui aussi, si bien que la paternité de ses deux enfants est assez incertaine. C'est ce qu'elle racontait, avec force détails, lors d'un précédent séjour dans le service, au cours d'un accès maniaque post-puerpéral. D'ailleurs, encore aujourd'hui, elle déclare sans ambages : « Ça marche très mal avec mon mari. Je n'en veux pas, il me dégoûte. C'est ma tante qui m'a obligée à l'épouser. Je le trompe chaque fois que j'en ai l'occasion. » En réalité, elle reproche surtout à cet époux de ne lui rendre « des hommages conjugaux » que tous les quinze jours, alors que son équilibre nerveux exige une attention au moins quotidienne.

Ce mari pardonnait, mais les incartades conjugales devenaient si ostentatoires qu'il décida de déménager dans un quartier situé à l'opposé du précédent et où l'un et l'autre étaient inconnus. Ce changement de domicile troubla fortement Renée : « Ma tante, dit-elle, me trouvait triste. » Elle ne savait pas trop comment poursuivre ses aventures et elle sombra bientôt dans la dépression : « Je n'ai pas pu, dit-elle, le tromper depuis juillet dans ce nouveau quartier, ça m'aurait créé des histoires. Depuis, je ne dors plus. » Quelques idées de culpabilité apparurent : « Ce n'est pas bien de le tromper. » Enfin, bientôt se déclenchèrent des idées délirantes de persécution et des troubles psycho-sensoriels. Ecartelée entre ses impérieux désirs sexuels et sa dépression, elle remarqua que tous les hommes adoptaient à son égard une attitude provocante, elle entendit des voix qui la

traitaient de putain, elle eut même l'impression qu'on allait l'assassiner et qu'on la méprisait. Le délire était flou, mal systématisé, tout au plus pensait-elle que « ces gens-là voulaient l'empêcher de prendre un amant pour profiter d'elle à leur tour ».

L'agitation anxieuse s'accrut au point qu'il fallut l'interner et qu'elle entra dans le service dès le début d'octobre « pour psychose délirante aiguë ». Peu à peu, grâce à l'isolement et au calme, le substratum dépressif disparut. Seules demeurent encore quelques interprétations délirantes qu'elle rectifie peu à peu. Elle envisage la seule médication future capable de la guérir « se séparer de son mari » car, dit-elle, « tant que je serai avec lui, j'aurai des histoires » ; mais elle reste hésitante et perplexe, car elle aime bien ses deux enfants et elle est torturée par la recherche de la solution qui lui ferait trouver un compromis possible entre son érotisme excessif et son amour maternel. Il nous semble bien que cet épisode délirant est structuré par la projection extérieure de ce conflit instinctivo-affectif.

Observation 2. — Mme Z... Marcelle est âgée de 36 ans. Elle a déjà été internée trois fois depuis 1955 pour un syndrome délirant hallucinatoire de persécution, dont le début remonte en fait à 1952. A chaque hospitalisation le délire s'apaise rapidement, mais il réapparaît presque aussitôt peu après le retour au domicile conjugal.

De son hérédité, on sait que sa mère est morte précocement d'une cirrhose du foie vraisemblablement alcoolique, qu'elle vécut son enfance avec un frère idiot et une belle-mère antipathique. A 14 ans, elle se donna à un cousin de 40 ans son aîné. De lui, elle devint enceinte et syphilitique. Elle l'épousa cependant dès l'âge de 16 ans. Elle en eut deux enfants, qui moururent en bas âge. L'époux lui-même décéda en 1944 (elle n'avait alors que 21 ans). Quoique ce mari fût, paraît-il, encore vert pour son âge, elle le trompait quand l'occasion s'en présentait. Mais du défunt et de son expérience, elle s'était fixé une règle de conduite qui était la suivante : « Il faut choisir un amant d'âge bien mûr, car les jeunes vont trop vite et gâchent tout. » Elle était en effet devenue une dilettante en l'art d'aimer. Elle se consola très vite de son veuvage et, tout en faisant soigner sa syphilis, elle poursuivait avec persévérance une expérimentation sentimentale accélérée.

Quelques années plus tard, pour stabiliser son existence tourmentée, elle se remaria avec un homme de 13 ans son aîné, cela selon ses principes. Mais cette précaution s'avéra comme décevante. Ce nouveau partenaire, ancien blessé, était calme et peu porté sur la bagatelle. Enfin, péchant, à l'opposé des jeunes, il était « à se décider » d'une lenteur désespérante. Elle en souffrit beaucoup car, nous dit-elle, « je suis une femme normale, j'aime avoir des rapports raisonnablement, c'est-à-dire une ou deux fois par jour, sinon ça m'est pénible, je suis obligée de me caresser, comme ici à l'hôpital ». Elle dut donc recourir, une fois de plus, aux rations supplémentaires. Mais cela lui procura quelques ennuis avec la femme d'un de ses employeurs, ainsi qu'avec un chef de service qui la renvoya de l'usine où elle travaillait, et son mari eut quelques échos de ces incidents, si bien que, depuis 1952, elle a dû se réduire à la portion congrue. Mais aussitôt son équilibre nerveux s'en ressentit et elle fut, elle aussi plongée, comme Renée, dans un conflit instinctivo-affectif : « Evidemment, dit-elle, je n'aime

pas mon mari, mais j'ai de l'amitié pour lui, car il m'a tirée de la misère. Il est gentil et j'habite dans un beau pavillon. D'attendre comme cela, ça m'épuise. Il n'est pas assez amoureux et moi trop. Je devrais le quitter et reprendre ma liberté, mais j'hésite. Ce ne serait pas raisonnable de divorcer et ce n'est pas bien de le tromper, je ne sais pas que faire. » Ce dilemme devint si préoccupant, si impérieux, qu'elle s'achemina bientôt vers le délire. Celui-ci est caractérisé par des idées d'influence et des hallucinations auditives. A chaque retour dans le service, il apparaît comme identique : des voix lui conseillent de tuer son mari ; d'autres, tout en l'injuriant, cherchent avant tout à la faire divorcer et à profiter d'elle.

« Ils ne voudraient pas, dit-elle, que je reste avec mon mari. Ils savent qu'avec lui je ne suis pas heureuse au point de vue de l'amour. De quoi se mêlent-ils ! c'est ridicule. Tous les voisins s'en mêlent, mais ce sont surtout les professeurs de l'école d'en face qui sont les plus acharnés. Tous les hommes me désirent. Ils ne voudraient pas que je couche avec lui pour profiter de moi et en même temps ils me traitent de putain et de salope. »

Ce délire aboutit à des réactions agressives, tapageuses, à des plaintes au commissariat et à des internements successifs. A l'hôpital, l'agitation s'apaise vite ainsi que les idées délirantes auxquelles cependant elle ne renonce pas et dont elle garde la conviction de l'authenticité. Mais elle devient détendue et souriante. Elle explique d'ailleurs elle-même le pourquoi de cette action hospitalière bienfaisante : « Ici, dit-elle, il n'y a que des femmes. Je reste encore un peu serrée, c'est tout. Mais dehors, c'est terrible d'être couchée à côté d'un homme qui ne fait pas attention à vous. »

Quoique bien apaisée, elle continue à chercher vainement une solution à ce conflit : « Je crois que pour en finir, dit-elle, je tromperai à nouveau mon mari. Si je demande le divorce, alors je serais guérie. Mais il me faudra bien choisir. Il faut que je trouve quelqu'un de bien et qui me contente une fois par jour. »

En somme, elle est toujours à la recherche du compromis idéal, mais difficile à trouver : l'association du bien-être matériel, de la sécurité et de la satisfaction sexuelle intégrale. Jusqu'ici, elle n'a rencontré que l'un ou l'autre séparément, et cela l'exaspère jusqu'au délire.

Le côté humain de ces deux observations est en lui-même assez banal ; le sujet a déjà inspiré pas mal de romanciers. Il nous apparaît aussi comme assez secondaire d'essayer de creuser profondément l'étiquette nosologique, de parler par exemple « de folie hystérique ». Ce serait là une épithète qui apparaît aujourd'hui comme bien imprécise, et dont ces deux malades ne montrent pas les symptômes fondamentaux. Il s'agit en fait de deux déséquilibrées au sens large du mot, c'est-à-dire, selon Sutter et ses élèves, de deux types hétérogènes aux aspects variés qui correspondent à la fois à des éventualités identiques et différentes ; les éventualités identiques étant l'enfance particulièrement traumatisante, l'érotisme excessif et précoce ; la faiblesse maritale, les éventualités différentes, étant chez l'une le terrain cyclothymique, chez l'autre le terrain cyclosthénique et un peu paranoïaque.

L'intérêt de ces deux cas nous semble surtout résider dans la psy-

chogénèse délirante, dans la projection extérieure d'un conflit, qui n'est plus seulement affectif, mais cette *fois instinctif et affectif.*

Il pose des problèmes thérapeutiques polyvalents, qui doivent s'adresser aux deux composantes du conflit.

Commentaires. — On se trouve donc devant deux syndromes délirants apparemment assez voisins, mais qui posent en réalité des problèmes assez différents lorsqu'on fouille plus attentivement leur mécanisme. Chez toutes les deux il s'agit de ce qu'on peut appeler un « *délire en miroir* ». C'est-à-dire que chacune d'elles se retrouve en présence de sa propre image, et que chacune est aussi plongée dans un conflit de frustration instinctive. Mais c'est alors que se produit le phénomène pathologique de base, à savoir : les troubles de l'identification. Aucune des deux, en effet, ne reconnaît exactement sa propre image, et la projette alors sous forme xénopathique (la caricature extérieure, hostile et malveillante d'autrui). Ce trouble de l'identification de l'image nous semble ici important, mais d'étiologie différente. Chez Renée, il est consécutif à un état confusionnel transitoire, qui est le véritable responsable de cette non-identification. Quand on relit le dossier des accès antérieurs, on retient en effet que chaque fois qu'elle a été mentalement malade, aussi bien lors de son premier accès mélancolique que lors de son incident maniaque puerpéral, s'entremêlaient des éléments oniriques (que note d'ailleurs le dernier certificat de placement), qui se présentaient encore à l'entrée, et qui disparurent assez rapidement. C'est pourquoi il s'agissait plus d'une bouffée délirante hallucinatoire que d'un véritable délire constitué.

Chez Marcelle au contraire, qui n'est pas, elle, cyclothymique, la non-identification est beaucoup plus psychogénétique et correspond bien à ce processus de rejet de responsabilité sur autrui de ses propres pensées inavouables (meurtre ou abandon du mari, par exemple). Il s'agit cette fois du processus de mauvaise foi pathologique, bien décrit par J.-P. Sartre, sous le titre « De l'angoisse à la mauvaise foi ». C'est aussi pourquoi le délire est ici plus tenace et seulement rémittent.

Tel nous apparaît l'intérêt de ces deux cas. Ils peuvent apporter une utile contribution à l'étude complexe des mécanismes délirants.

Discussion

M. Paul Abély. — Je ne suis pas suffisamment compétent en la matière pour me permettre de discuter de l'explication psychanalytique qu'apporte, à propos de ces deux cas, mon vieil ami Michel Cénac.

D'ailleurs, quand on recherche la psychogénèse de ces états délirants, toutes les hypothèses sont possibles, toutes les opinions s'affrontent et toutes sont à retenir.

Mais, de cette observation, je ne suis pas tellement convaincu que mes deux malades courent frénétiquement à la recherche d'un plaisir impossible et jamais rencontré, ou d'un objet insaisissable, tout cela à cause d'un complexe d'Œdipe non liquidé, car le comportement sexuel de toutes les

deux est parfaitement pragmatique et intégralement satisfait. Elles se plaignent seulement de la défaillance de quelques rares partenaires avec qui elles ne sont d'ailleurs pas frigides. Quant à l'éventualité d'une homosexualité latente, inconsciente, leur attitude à l'hôpital n'y fait pas penser. Elles sont l'une et l'autre assez distantes avec leurs compagnes de dortoir ou de chambre et nullement équivoques, très féminines dans leur morphologie. Dès qu'apparaît un sujet mâle, elles deviennent au contraire émoustillées et minaudantes. La première, Renée, ne délire occasionnellement et seulement qu'en présentant en même temps un état confuso-onirique qui perturbe l'identification de son image. J'espère que de nombreuses investigations biologiques en cours, endocriniennes en particulier, apporteront des informations nouvelles et peut-être des éclaircissements. Nous aurons l'occasion, J.-C. Benoit et moi, de vous les soumettre lorsque tous ces examens seront terminés.

La séance est levée à 18 heures.

SOCIÉTÉS

Société de neuro-psychiatrie médico-sociale de la région lyonnaise

Séance du 5 octobre 1958

Electrochoc et prométhazine,

par MM. J.-L. Massot, P. Bournet et M. Simon

Facilitée par des préjugés défavorables, l'appréhension que certains malades manifestent à la perspective des cures d'électro-choc a amené la recherche de divers palliatifs tendant à créer une ambiance sécurisante.

Les auteurs ont utilisé avec satisfaction le 3277 R.P. ou prométhazine à raison de 5 à 10 cgr. dilués dans 10 à 20 cc. de sérum physiologique ; injection intraveineuse lente aussitôt avant le traitement.

Cette méthode a été employée au cours de 230 électro-chocs. De technique facile, elle s'est avérée dépourvue d'inconvénient. Elle a permis d'éliminer presque systématiquement l'anxiété qui précède la séance ou qui survient lors du réveil.

Résultats thérapeutiques du 7044 R.P. ou lévomépromazine dans les états dépressifs, par MM. M. Hamel, M. Simon, P. Bournet.

L'utilisation du 7044 R.P. dans les états dépressifs chez 52 malades choisis parmi des mélancoliques et des dépressions névrotiques conduit aux conclusions suivantes :

Dans 17 cas, l'association électro-choc-lévomépromazine, bien que parfaitement supportée, ne semble pas modifier de façon notable la durée normale de la physiothérapie.

Dans 35 cas, traités par le 7044 R.P. seul : une amélioration importante est constatée dans plus de la moitié des accès mélancoliques simples. Par contre, les états mélancoliques chroniques ou stuporeux semblent peu influencés par cette thérapeutique ; en ce qui concerne les états dépressifs à structure obsessionnelle, les résultats obtenus dans l'ensemble paraissent peu supérieurs à ceux des autres neuroleptiques et tranquillisants. Cependant, dans certains cas de formes obsessionnelles non organisées, il semble que l'on obtienne des sédations intéressantes et que l'on évite le passage à la forme obsessionnelle vraie ou à la mélancolie ; pour les autres états dépressifs névrotiques, la lévomépromazine n'a pas d'intérêt thérapeutique particulier, l'hospitalisation paraissant, dans certains cas, l'un des facteurs essentiels de l'amélioration.

L'administration du produit s'est faite par voie orale à la dose moyenne de 150 mgr. par jour. Le traitement poursuivi le plus longtemps possible a été relativement bien supporté dans la plupart des cas.

Le déclin des ganglioplégiques,

par MM. A. Requet et C. Bange

Les auteurs rapportent 38 observations — soit 20 % des admissions d'un service fermé pendant sept mois de l'année 1958 —, de malades (recevoir des doses massives, autrefois exceptionnelles, de neuroleptiques, pour obtenir un résultat valable où chez lesquels l'activité de neuroplégiques récents et réputés s'est montrée nulle ou ambiguë.

Les ganglioplégiques ont réalisé un apparent miracle chez les malades chroniques : le malade et le médecin s'ignoraient dans la monotonie asilaire et le malade mental devenu chronique n'était plus un malade grave.

Maintenant, les syndromes psychiatriques s'aggravent et l'action des neuroplégiques s'avère insuffisante, voire nulle : le problème de l'agitation s'impose de nouveau à nous.

Cependant, il ne saurait être question d'abandonner ces médications symptomatiques essentielles, qui ont par ailleurs une très grande valeur auxiliaire des traitements de choc. Mais il faut prendre garde de ne pas leur déléguer le soin de faire ce qui nous incombe, en tant que personne humaine.

Essai du méprobamate dans les cures anti-alcooliques par le disulfirame,

par MM. M.-P. et R. Reyss-Brion

A la suite des publications de Selling, Fox, Timann et Greenberg, les auteurs ont essayé le méprobamate pour pallier aux symptômes observés chez 32 alcooliques suivis durant six à dix-huit mois après la mise en train hospitalière d'une cure de disulfirame.

L'insomnie (douze cas) a toujours et rapidement disparu. Les troubles caractériels (douze cas) ont été très améliorés. L'asthénie et l'impuissance relèvent assurément d'autres médications. Les symptômes névrotiques qui sous-tendaient dans dix cas les excès de boissons (trois névroses réactionnelles), 5 névroses à structure obsessionnelle et deux névroses d'angoisse) ont pu être neutralisés dans la majorité des cas, permettant aux patients de supporter leur névrose sans recourir à l'alcool. Enfin, l'essai du méprobamate chez dix alcooliques présentant un fond psychopathique a montré un effet appréciable sur la labilité émotionnelle de ces sujets, réduisant ainsi la fréquence et la gravité des rechutes.

La posologie est restée assez faible (en moyenne 800 à 1.600 mgr., 2.400 au maximum), sans exemple d'accoutumance et avec une excellente tolérance.

Par ses effets sur la tension anxieuse et la labilité émotionnelle, le méprobamate se présente comme un adjuvant précieux du traitement par le disulfirame dans les cures anti-alcooliques.

(*Travail du service du professeur* Dechaume, *hôpital du Vinatier*)

Indications, techniques et résultats du traitement par l'apomorphine de l'éthylisme psychiatrique, par MM. A. Mestrallet et A. Lang.

Beaucoup moins pratiqué depuis l'apparition du disulfiram, le traitement de l'éthylisme chronique par l'apomorphine garde cependant un intérêt certain. Il est en particulier indiqué chez les alcooliques, soit présentant des états de désocialisation avancée, soit représentant des échecs répétés de la cure au disulfiram, soit opposants à toute thérapeutique.

Sous certaines conditions psychologiques, il est possible par ce traitement, non de soigner les alcooliques par contrainte, mais d'obtenir leur collaboration à une thérapeutique primitivement refusée.

La technique classique utilise les vomissements provoqués par des injections intramusculaires d'apomorphine. Cette cure dure, en moyenne, trois mois, et son originalité tient dans le fait qu'elle se prolonge une fois le malade sorti de l'hôpital par des séances de rappel.

Sur 183 malades ainsi traités, 41 % sont restés abstinents depuis au moins un an. Les résultats les plus favorables (66 %) ont été obtenus chez les malades oligophrènes.

Sur un cas d'atrophie cérébrale diffuse avec aphasie de Wernicke en rapport avec une thrombo-artérite syphilitique, par MM. R. Fau et R. Chateau.

Les auteurs rapportent le cas d'une femme de 50 ans, alcoolique chronique et spécifique connue, porteuse d'une grande atrophie cérébrale diffuse, et accessoirement hyperostose frontale interne, chez qui apparut une grande aphasie de Wernicke et quelques éléments d'apraxie constructive.

Ils discutent les diverses possibilités étiologiques de ce syndrome complexe et rapportent l'aphasie à une thrombo-artérite spécifique.

L'épilepsie post-traumatique précoce. A propos de 94 observations électro-cliniques, par MM. J. Courjon et M.-R. Cotte.

L'analyse de 94 observations de crises comitiales post-traumatiques précoces, parmi lesquelles on dénombre 50 cas de crises généralisées et 44 de crises focalisées, presque toujours motrices partielles, nous a conduit aux remarques suivantes : les crises focalisées, qui se répètent habituellement, sont plus fréquemment accompagnées de signes neurologiques et correspondent plus souvent à des lésions anatomiques cérébrales que les crises généralisées souvent isolées et pures de toute séméiologie neurologique.

L'électro-encéphalogramme confirme ces données cliniques, montrant le plus souvent des anomalies localisées dans les cas de crises focalisées, alors que les crises généralisées s'accompagnent plus volontiers de modifications globales. Mais la correspondance est loin d'être absolue, et la confrontation des données cliniques, électriques et artériographiques, est indispensable pour un diagnostic anatomique précis. L'existence de crises précoces paraît aggraver légèrement le pronostic vital immédiat des traumatismes craniens fermés, et augmenter dans une certaine mesure les risques d'épilepsie traumatique séquellaire.

La rèèducation des infirmes moteurs cérébraux à Milan,
Films des Drs Colli et Grisoni, présenté par le Dr Kohler

Séance du dimanche 22 juin 1958
Hôpital psychiatrique Sainte-Madeleine, à Bourg

Président de séance : M. BERIEL

L'hémiplégie cérébrale infantile,
par M. P. Girard et Mme P. Aimard

Le syndrome hémiplégie cérébrale infantile présente une place privilégiée parmi les paralysies cérébrales infantiles ; ceci, du fait de particularités :

anatomiques : il est rare de trouver une lésion strictement unilatérale d'origine vasculaire ;

étiologiques : le traumatisme obstétrical est bien aussi fréquent que les affections infectieuses ou vasculaires plus tardives ;

cliniques également : nous avons envisagé les différentes manifestations qui accompagnent l'hémiplégie : troubles moteurs, intellectuels, caractériels, anomalies du langage, épilepsie, etc..., et l'apport des données radiologiques et électro-encéphalographiques au bilan clinique ;

thérapeutiques enfin, où la rééducation et l'hémisphérectomie, dans certaines indications précises, offrent des possibilités remarquables.

Nous avons enfin envisagé quelles perturbations peut apporter la lésion cérébrale unilatérale de l'hémiplégie cérébrale infantile lorsqu'elle contrarie la dominance cérébrale naturelle. L'hémiplégie droite crée un groupe de vrais gauchers, par lésion organique.

Acropathie mutilante non familiale des membres inférieurs avec atrophie cérébrale et syndrome psychique associés, par MM. E. Larrive et J. Cosnier.

Les auteurs présentent l'observation d'un déséquilibré psychique de 43 ans, éthylique chronique hospitalisé pour cure de désintoxication, chez lequel sont apparus des maux perforants plantaires bilatéraux qui font évoquer une « acropathie mutilante non familiale des membres inférieurs », après avoir éliminé les diagnostics de diabète, tabès, troubles vasculaires, névrite hypertrophique.

Cette affection s'accompagne chez ce malade d'une atrophie cérébrale et d'un syndrome démentiel débutant.

Les hématomes sous-duraux traumatiques bilatéraux de l'adulte. A propos de 6 observations, par MM. C. Lapras, Ch. Bourrat et G. Tusini.

Les auteurs rapportant six observations de traumatisés craniens opérés au centre neuro-chirurgical des professeurs Wertheimer et Dechaume, insistent sur les particularités cliniques, électro-encéphalographiques et artériographiques de ces hématomes bilatéraux.

L'électro-encéphalogramme a fourni la plupart du temps des renseignements très précieux en révélant, soit un tracé infravolté bilatéral, soit des

signes de souffrance focale (bouffées d'ondes lentes prédominant du côté où l'hématome était le plus volumineux).

Deux particularités artériographiques méritent d'être retenues : absence d'engagement de la cérébrale antérieure sur les clichés de face, ou disproportion entre cet engagement et les dimensions du décollement périphérique. Elles doivent inciter à une artériographie du côté opposé.

Au cours de l'intervention enfin, l'absence de soulagement après évacuation d'une poche sanguine malgré la remise en place des circonvolutions ou même une aggravation révélée par les troubles du rythme cardiaque et de l'amplitude respiratoire inciteront l'opérateur à une exploration de l'autre hémisphère.

Les modifications de la formule sanguine au cours du traitement à la lévomépromazine, par MM. M. Hamel, H. du Couedic, M. Simon et P. Bournet.

Les modifications hématologiques au cours du traitement avec la lévomépromazine ne semblent pas avoir retenu l'attention de façon particulière : un cas d'agranulocytose survenu au cours d'un tel traitement nous a amené à en faire une étude systématique.

Nous avons constaté les perturbations suivantes apparues chez 32 malades au bout d'un mois d'administration quotidienne de 150 mgr. en moyenne de lévomépromazine.

Dans plus de 80 % des cas, une chute moyenne de 2.000 leucocytes portant essentiellement sur les polynucléaires neutrophiles, les autres éléments ne paraissant pas modifiés de façon appréciable. Dans 2/3 des cas, baisse des globules rouges de 640.000 environ.

Les modifications sanguines précèdent les signes cliniques, œdème des paupières, température et accidents bucco-pharyngés tardifs, mais le plus souvent réversibles après arrêt du traitement.

Ces observations invitent au contrôle systématique de la formule sanguine chez tous les malades traités par la lévomépromazine, l'effet du traitement prolongé restant à préciser.

Étude comparée des résultats de la cure de Sakel simple ou associée à la chlorpromazine dans la schizophrénie, par Mme le Dr Vermorel. (présentés par le Dr Beaujard).

Cette étude critique entreprise sur 146 cas pour la première méthode, et sur 90 cas pour la deuxième, permet d'apporter un certain nombre de précisions. L'association simultanée à la cure de Sakel d'une cure de neuroleptiques (largactil et parfois nozinan à des doses de 200 à 300 mgr. par jour) s'effectue sans risque et permet même d'obtenir un déroulement plus calme du coma. Le nombre des sorties avec guérison sans rechute est nettement supérieur (40 %) dans l'association simultanée ou alternante d'une cure neuroleptique à la cure de Sakel à celui (15 %) de la cure de Sakel simple, bien que les cas traités par l'association soient plus fréquemment des schi-

zophrénies de longue durée. Cependant, le maintien de la guérison nécessite la persistance de la cure neuroleptique après la sortie pendant une durée encore indéterminée. La forme clinique de la schizophrénie, qui semble la plus bénéficiaire de l'association, est la forme paranoïde.

Le problème des méconnaissances. A propos de quelques observations, par MM. P. Broussolle et Y. Rosier

Six observations sont confrontées, de malades femmes qui méconnaissent de façon systématique et presque élective leur fille. Chez ces schizophrènes, les méconnaissances suivirent un déroulement à peu près analogue : la psychose se développe dans une atmosphère de conflit conjugal ou dans le désarroi d'un isolement. L'enfant est négligé ou, dans un cas, entraîné dans une tentative d'anéantissement.

L'invasion schizophrénique s'accompagne d'un état subconfusionnel passager avec syndrome de dépersonnalisation. L'entourage paraît, au malade, étrange ou étranger, plus particulièrement les personnages avec lesquels sont noués les liens affectifs les plus forts.

La déduction pratique de ce travail est l'absolue nécessité de maintenir les contacts familiaux aux phases aiguës puis de refroidissement de la psychose, et de supprimer les conditions aggravantes de la vie asilaire traditionnelles. Les conditions de soins et d'hospitalisation actuelles permettent de réduire au minimum les risques de traumatismes affectifs pour les enfants.

Sur le plan théorique, et suivant Frey et collaborateurs, il faut voir dans le mécanisme des méconnaissances un aspect négatif, de défense, mais aussi une croyance positive à thème de transformation ; êtres et choses seraient éprouvés par le malade sous un aspect artificiel et illusoire.

Variations de la tension artérielle chez les alcooliques au cours de la cure de sevrage, par MM. E. Larrive et J. Cosnier.

Etudiant les variations de tension artérielle d'un groupe de cinquante éthyliques hospitalisés, en moyenne pendant un mois, pour cure de désintoxication-dégoût, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

les alcooliques chroniques ont une tension artérielle plus élevée que la tension normale ;

un mois de sevrage leur suffit pour recouvrer une tension plus basse ;

cette nouvelle tension se maintient dans la post-cure ;

une augmentation de la tension artérielle dans la post-cure doit faire suspecter une rechute des habitudes éthyliques.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 27 septembre 1958

Présidence : M. E. EVRARD, président

Étude de l'activité d'une nouvelle Phénothiazine : la Lévomépromazine (7044 R.P.), par M. R. Deberdt.

L'expérience de l'auteur porte sur 26 cas de dépression chronique endogène traités en clinique ou ambulatoirement. La mélancolie anxieuse délirante lui paraît être l'indication principale du médicament. C'est un produit qui paraît peu toxique ; dans aucun cas on n'a observé d'ictère ou de symptômes extra-pyramidaux. Chez trois malades qui avaient présenté de l'ictère par la chlorpromazine, le 7044 R.P. a été très bien supporté. Le seul inconvénient est dans certains cas une hypotension orthostatique qui nécessite le repos après la prise du médicament. Le seuil convulsivant n'est pas abaissé, ce qui a permis dans trois cas l'association d'électro-chocs.

Auto-mutilation et " autophagie " d'un testicule : le sens existentiel d'un comportement énigmatique, par MM. P. Divry, J. Bobon et J. Collard.

Les auteurs rapportent un cas d'auto-mutilation de testicule, suivie — fait rarissime — de son ingestion (« autophagie »). Le malade, paraphrène expansif, est incapable d'expliquer son acte. Le sens existentiel de l'acte est recherché en reconstruisant, d'une part, la « ligne » de la personnalité, d'autre part, les circonstances qui ont déclenché la mutilation.

La personnalité a trois constantes : 1) la « bipolarisation » (démontrée par l'analyse de métaphores vécues et entendues ici comme une dualité manichéenne de l'être qui oscille du mal au bien, de l'imaginaire au « néo-réel ») ; 2) un masochisme auto-érotique, avec antécédents auto-mutilateurs mineurs et antécédents uro- et coprophagiques ; 3) un fatalisme sans culpabilité.

Le masochisme mutilateur actuel (hermétique et paraphrénique) apparaît comme le prolongement d'habitudes masochistes (déchiffrables et sexopathiques) vidées de leur contenu voluptueux primitif, devenues frigides et « désaffectées », obéissant donc à une finalité nouvelle. En effet, au temps de la mutilation, le malade est retombé des « hauteurs » d'un délire apocalyptique. Revenu au « réel », il connaît un moment d'exceptionnelle révolte contre la détention « arbitraire », et d'agressivité qu'il retourne contre soi en fonction de sa nature masochiste et auto-érotique (avec impulsivité du fatalisme soumis à ses impulsions). Ensuite, il se barbouille de sang pour donner à la blessure locale l'éclat de la blessure totale, idéale. Sa mutilation ne fait qu'imiter celle d'un sien oncle autrefois détenu. Il est algoataraxique (R.P.G.) et n'est donc pas algophile. Sa castration confirme un eunuchisme psychique installé. Elle n'est pas utilitaire. Elle exprime un masochisme de toujours et la révolte d'un instant.

L' « autophagie » est considérée ici comme l'ingestion d'un organe après son auto-mutilation irrémédiable (conduite suicidaire). Dans le cas présent, elle découle de pratiques uro- et coprophagiques, dont la finalité nouvelle est la nécessité de rétablir l'unité de soi, lésée par la mutilation (le thème de l'unité étant une préoccupation familière au malade). Il souffre en outre d'une sclérose latérale amyotrophique dont la relation avec la paraphrénie n'apparaît pas.

A propos de la psychologie de Van Gogh,
par M. J. Hariga

Après un rappel des controverses psychiatriques relatives au cas du célèbre artiste, l'auteur retrace sa biographie et insiste sur ses tendances mystiques et humanitaires. La note impulsive et tumultueuse que l'on retrouve à travers toute sa vie, son affectivité particulière oscillant du pôle adhésif au pôle explosif, l'absence de signes permanents de dissociation de la personnalité, l'influence de l'absinthe, la critique de ses hallucinations, les épisodes dépressifs, sont autant d'arguments qui plaident contre l'hypothèse d'un syndrome schizophrénique. L'auteur insiste sur la valeur de l'affectivité et de l'auto-critique de l'artiste, et le considère comme un psychopathe épileptoïde qui a présenté des bouffées délirantes polymorphes, parfois confusionnelles.

J. Ley.

Séance du 28 juin 1958

Présidence : M. E. EVRARD, président

Les éléments fondamentaux de la psychothérapie : un essai de synthèse,
par M. Cl. Bloch

L'auteur limite son sujet à la psychothérapie individuelle du malade névrosé. La névrose est définie comme le résultat d'une immaturité affective. Les conditions du développement affectif normal et pathologique sont esquissées.

La psychothérapie, traitement causal et non symptomatique, ne saurait viser qu'à une maturation affective du patient, partielle et limitée, ou aussi étendue que possible. Son champ d'action se situe donc sur le plan affectif. Les psychanalystes ont centré l'attention sur les mouvements affectifs à l'intérieur de la relation médecin-malade. D'emblée, le malade se place vis-à-vis du médecin dans la situation de l'enfant vis-à-vis d'un parent omniscient et tout-puissant. Le médecin, de son côté, n'est pas sans motivations conscientes et inconscientes à l'égard du patient.

La dimension fondamentale selon laquelle s'ordonne la gamme des traitements psychologiques est la mesure dans laquelle le médecin va ou non se prêter au rôle que le patient lui attribue, va ou non satisfaire les besoins de dépendance infantile du patient. Hypnose, suggestion et traitements

directifs sont envisagés de ce point de vue. Ils ne sauraient aboutir à une maturation affective du patient et sont donc des traitements d'aménagement et de réadaptation.

Les psychothérapies selon Déjerine, Adolf Meyer et leurs écoles visent à une maturation affective du patient, mais le rôle du médecin y est essentiellement celui d'une figure d'autorité.

Dans les psychothérapies d'inspiration psychanalytique s'introduit une plasticité voulue du rôle que le médecin s'assigne. Les besoins infantiles du patient sont tantôt satisfaits et tantôt frustrés, selon un plan concerté.

Enfin, la psychanalyse est une psychothérapie où les besoins infantiles du patient sont systématiquement frustrés dans les relations avec le médecin, en vue de le mettre entièrement en lumière, et de permettre au patient de les dépasser complètement.

Considérations cliniques et techniques sur la psychothérapie des dépressions, par M. J. Bourdon.

L'auteur attire l'attention sur la possibilité de traiter les dépressions par des méthodes psychothérapiques, et passe en revue les cas dans lesquels ce type de traitement peut être indiqué. Pour illustrer cette question, il donne un très rapide aperçu de quelques cas traités personnellement.

Il aborde ensuite la formulation psychodynamique générale des dépressions, puis étudie en détail la technique utilisée dans la psychothérapie psychanalytique, en attachant une attention particulière à l'interrogatoire, à l'organisation des séances, à l'attitude générale du médecin, aux interventions et interprétations, et au problème du suicide. Une série d'exemples concrets sont donnés.

Réflexions sur la psychothérapie des névroses en milieu hospitalier fermé, par M. H. Husquinet

L'auteur examine la possibilité de traiter, par la psychothérapie, des névroses graves en milieu hospitalier fermé. Il insiste :

1) sur l'indépendance nécessaire du psychothérapeute vis-à-vis de la direction médicale et du personnel de l'asile. Le psychothérapeute ne prend aucune décision au sujet du malade et, notamment, il n'a pas d'avis concernant une sortie éventuelle. Il n'a pas non plus de relations avec les parents ;

2) le psychothérapeute donne la plus grande liberté possible à l'interné ; celui-ci peut accepter ou refuser le contact ; il peut adopter la position qu'il préfère, il peut parler ou se taire. On ne décide jamais rien à sa place ;

3) la conversation se fait sans présupposé, entre autres, on n'essaie pas de convaincre le névrosé de maladie. On tente seulement d'obtenir du patient une explication de ses sensibilités particulières à autrui : son passé, ses rencontres antérieures doivent rendre compte de l'allergie présente.

Le traitement se poursuit et se termine au domicile du psychothérapeute ; il se rapproche alors de plus en plus de la psychanalyse classique.

Deux cas sont exposés en détail : une névrose d'angoisse grave (16 mois de cure dont 2 mois 1/2 à l'asile) et une anorexie mentale avec tentative de suicide (suivie pendant neuf mois, dont six à l'asile).

J. Ley.

Société belge de neurologie

Séance du 28 juin 1958

Présidence : M. A. DE HAENE, président

Les séquelles neurologiques de l'intoxication aiguë par le bromure de méthyle, par MM. L. Franken, J. Flament et S. Crahay.

Sur 33 observations d'intoxication aiguë décrites dans la littérature, auxquelles ils ajoutent deux observations personnelles, les auteurs ont relevé 14 cas (40 %) présentant des séquelles neurologiques. Dans leurs deux cas, l'intoxication remontait respectivement à 6 et 8 ans. L'uniformité sémiologique de ces séquelles mérite d'être soulignée.

Dans la plupart des cas, les symptômes intéressent presque uniquement le membre supérieur droit ; les deux patients étudiés, tous deux droitiers, ne font pas exception à cette constatation.

Les dyskinésies occupent une place essentielle dans la symptomatologie. Il s'agit de mouvements anormaux complexes, auxquels certains auteurs attribuent un caractère cérébelleux atypique, et que d'autres décrivent plutôt comme des clonismes, ou des spasmes oppositionnistes. Les myoclonies, rarement signalées au stade de séquelles, paraissent cependant fréquentes aux auteurs.

Il ressort, de l'étude électro-encéphalographique de ces cas, que les mouvements anormaux, déclenchés par l'exécution des mouvements volontaires ayant un but précis, sont accompagnés de décharge de pointes dans la région fronto-centrale hétéro-latérale. Ces pointes sont considérées, soit comme des potentiels évoqués, sur un cortex particulièrement sensibilisé, par des afférences proprioceptives, soit comme des décharges de type épileptique lors de la réalisation d'un mouvement volontaire. Des examens oscillographiques sont en cours pour approcher de plus près ce problème.

Étude anatomique d'un cas d'intoxication par le bromure de méthyle, par M. L. Franken

Il s'agissait d'un patient de 28 ans, qui remplissait depuis deux ans des extincteurs d'incendie au bromure de méthyle.

Après une phase d'intoxication chronique caractérisée par de rares secousses myocloniques dans les membres inférieurs et par des troubles passagers de la conscience, il a subi une intoxication aiguë mortelle avec épilepsie subintrante, myoclonies généralisées et coma post-paroxystique. La phase clonique s'était déjà inscrite dans le névraxe sous forme de lésions non douteuses.

Malgré l'absence de symptomatologie de type polynévritique, il y avait des lésions profondes mais partielles des racines spinales sensitives et motrices et des ganglions spinaux. On notait également une raréfaction cellulaire avec gliose au niveau des noyaux dentelés du cervelet et au niveau de la

lamelle dorsale de l'olive bulbaire ; le pédoncule cérébelleux supérieur était légèrement démyélinisé. Des lésions importantes du cortex cérébral et du cortex cérébelleux, caractérisées par une raréfaction cellulaire, une gliose importante et des infiltrations périvasculaires, étaient vraisemblablement en rapport avec l'épisode terminal ; des lésions de même type se trouvaient disséminées dans les différentes formations du diencéphale et du tronc cérébral, mais il est difficile de discriminer la part qui revient à l'intoxication chronique et à l'épisode terminal quant à l'origine de ces lésions.

Enfin, une lésion très importante de type polio-encéphalite de Wernicke était localisée au niveau des deux tubercules quadrijumeaux postérieurs, mais l'auteur ne sait pas quels signes cliniques il faut lui attribuer.

Un cas d'encéphalopathie à prédominance cérébelleuse chez une jeune enfant, par Mme J. Flament et Mlle S. Pelc.

Les auteurs présentent l'étude anatomo-clinique d'un cas d'hypoplasie cérébelleuse et en discutent les problèmes étiologiques.

Chez une enfant de 2 ans 10 mois, dans l'anamnèse de laquelle on relève une anoxie périnatale certaine et un développement psychomoteur déficient, l'examen histopathologique a révélé une hypoplasie cérébelleuse portant surtout sur les hémisphères et sur les noyaux dentelés avec, de plus, des lésions de la couche des grains au niveau du vermis et des flocculus et une déshabitation neuronale au niveau des olives bulbaires.

La topographie et l'étiologie des lésions sont discutées et les auteurs suggèrent le rôle de l'anoxie dans leur pathogénie.

Recherches sur la chémoarchitectomie du système nerveux, 1) Introduction. 2) Notions générales sur la localisation des cholinestérases, par M. A. Gerebtzoff.

Parmi les composants chimiques du tissu nerveux, les médiateurs de la transmission présentent un intérêt particulier. L'étude des cholinestérases permet de déterminer le point d'action du médiateur le plus important, l'acétylcholine, et elle peut se faire dans d'excellentes conditions grâce aux techniques histochimiques.

En règle générale, l'acétylcholinestérase se trouve au niveau des synapses, où elle est intimement liée au récepteur d'acétylcholine, qu'il s'agisse de cellules nerveuses ou de cellules effectrices (musculaires striées et lisses, glandulaires). Cependant, il existe une localisation plus diffuse de cet enzyme : tout au long des fibres axonales, avec une condensation au synapse.

C'est le cas pour les fibres parasympathiques post-ganglionnaires. Une étude de la localisation enzymatique au cours du développement embryonnaire et de son évolution chez les invertébrés et les vertébrés inférieurs indique qu'il s'agit de la persistance d'une forme primitive de localisation, incompatible avec une activité rapide.

La cholinestérase non spécifique est située dans le tissu conjonctif entrant dans la constitution du tissu nerveux des invertébrés et dans le tissu de soutien gliofibrillaire du système nerveux des vertébrés. Le rôle de cet enzyme dans la transmission des influx nerveux est moins évident.

L'iodoventriculographie. Le diagnostic radiologique,
par MM. H. Hou, G. Cornelis, R. Gonsette et A. Dereymaeker

Dans le cadre d'une étude de l'iodoventriculographie, les auteurs décrivent les images radiographiques pathologiques rencontrées dans diverses lésions de la fosse cérébrale postérieure. Ils envisagent en premier lieu les repères radiologiques habituellement utilisés dans ces examens et les différents artéfacts dont il faut tenir compte dans l'interprétation des clichés.

Un premier paragraphe est consacré aux tumeurs du tronc cérébral : pédonculaires, protubérantielles, bulbaires, intra-ventriculaires (IV[e] ventricule).

Un second paragraphe envisage les tumeurs cérébelleuses intra-parenchymateuses hémisphériques et du vermis, tandis que les tumeurs extra-parenchymateuses sont envisagées ensuite (neurinomes, méningiomes, cholestéatomes).

Les auteurs envisagent enfin les sténoses non tumorales, les arachnoïdites spontanées ou post-opératoires, et pouvant se localiser en différents endroits de la fosse postérieure.

Au terme de leurs études, les auteurs mettent en relief l'intérêt de l'iodoventriculographie dans le diagnostic des lésions de la fosse postérieure, où, pour une mortalité pratiquement inexistante, la localisation exacte de la lésion se trouve mise en évidence de façon correcte dans la presque totalité des cas.

Séance du 27 septembre 1958

Présidence : M. A. DE HAENE, président

Recherches sur la chémoarchitectonique du système nerveux.

3) L'acétylcholinestérase dans le système nerveux central des mammifères,
par MM. A. Gerebtzoff, J. Grieten et M. Déjardin

4) Acétylcholinestérase et neurosécrétion dans l'hypothalamus du rat,
par MM. A. Gerebtzoff, P. Portelange et P. Saive

L'intervention de l'acétylcholine dans la transmission des influx nerveux au niveau des synapses périphériques (neuro-musculaires, pré-ganglionnaires et post-ganglionnaires para-sympathiques) est généralement admise. Mais il n'en est pas de même pour les synapses du système nerveux central, bien que la distribution parallèle d'acétylcholine, d'acétylcholinestérase et de choliacétylase, établie par les dosages biochimiques, indique la probabilité d'une médiation centrale par l'acétylcholine. Les recherches histochimiques présentes montrent la localisation de l'acétylcholinestérase au niveau de la plupart des synapses de la moelle et de l'encéphale, et apportent donc un argument de poids à cette théorie. L'activité de l'enzyme est très variable d'une formation centrale à l'autre, sans que rien ne suggère une alternance de neurones cholinergiques et non cholinergiques. Les synapses les plus riches en acétylcholinestérase sont ceux où convergent de nombreuses terminales (neurones moteurs et connecteurs centro-ganglionnaires),

et ceux qui commandent des neurones possédant une activité particulièrement rapide et soutenue (cortex cérébelleux, corps striés) ou jouant un rôle bien défini dans le comportement émotionnel (noyau amygdalien) ou humoral (neuro-sécrétion hypothalamique).

Méthodes d'étude de la fonction neuromusculaire chez l'homme. Myogramme isométrique, électromyogramme d'excitation et topographie de l'innervation motrice, par L.-J.-E. Desmedt.

Le but de cette communication est de décrire et de discuter les méthodes de l'électro-myographie et de la myographie d'excitation, telles qu'elles sont appliquées au laboratoire de pathologie générale de l'Université de Bruxelles. Certains groupes musculaires se prêtent mieux que d'autres à tel ou tel test. Des facteurs secondaires comme la température du muscle sont susceptibles de modifier considérablement l'aspect des réponses. L'anesthésie tronculaire du nerf stimulé est avantageusement utilisée dans certains cas. Enfin, la position des électrodes d'enregistrement doit être soigneusement ajustée pour que les résultats soient comparables d'un cas à l'autre. L'étude des zones d'innervation des muscles de la main (matériel *post-mortem*, coloration des plaques motrices par la méthode de Keelle) montre une architecture neuro-musculaire assez complexe dans ces muscles. Des corrélations intéressantes peuvent être établies avec les données électrographiques, et ceci permet de discuter l'interprétation de certaines observations.

En conclusion, il apparaît que ces méthodes de neuro-physiologie clinique permettent une analyse de la fonction neuro-musculaire dans des conditions satisfaisantes et souvent d'une rigueur comparable à celles qui sont réalisées dans l'expérimentation animale.

Polyradiculonévrite récidivante,
par MM. L. Franken et G. Kokkinos

Les récidives multiples dans le syndrome de Guillain-Barré sont exceptionnelles.

Les auteurs rapportent l'observation d'une patiente, âgée actuellement de 44 ans, qui a fait, en seize ans, quatre épisodes de polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Chaque épisode a guéri sans séquelle.

Au cours de la première atteinte, en 1941, il y eut paralysie des membres inférieurs, parésie des membres supérieurs et diplégie faciale. Des troubles sensitifs, sous forme de douleurs et de paresthésies, tenaient une place importante dans la symptomatologie.

Au cours du second épisode, qui se situe en 1954, il y eut entreprise paralytique des quatre membres, sans atteinte des nerfs craniens, mais des troubles respiratoires importants ont nécessité l'usage d'un poumon d'acier pendant quatre jours.

Le troisième épisode, apparu en juillet 1957, a consisté simplement en paresthésie de l'extrémité des quatre membres, sans trouble moteur.

Le dernier épisode a eu lieu en décembre 1957 et a été caractérisé par des douleurs et une parésie des quatre membres, sans atteinte des nerfs craniens et sans trouble respiratoire.

Les différents épisodes, sauf le troisième, ont fait suite à une période de surmenage physique. Aucun agent causal, toxique ou infectieux, n'a pu être mis en évidence. L'hypothèse d'un terrain neuro-allergique est discutée.

J. Ley.

Société d'oto-neuro-ophtalmologie d'Alger

Séance du 28 mars 1958

Maladie de Steinert,
par MM. J.-M. Sutter, Y. Pélicier et J.-P. Coudray

Les auteurs rapportent un cas très caractéristique de myotonie atropique. Ils insistent sur le caractère tardif du début clinique qui est survenu à 52 ans, et la brutalité d'installation de la maladie, qui s'est constituée en six mois à la suite d'une poussée fébrile avec arthralgie.

Maladie de Paget à localisation cranienne exclusive et état mélancolique,
par MM. J.-M. Sutter, Y. Pélicier et J.-P. Coudray

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade âgée de 60 ans, dont les troubles neuro-psychiques datant de sept ans comportaient : céphalées, surdité bilatérale et état dépressif grave. La découverte de la maladie de Paget crânienne a permis de rendre compte à la fois de la sémiologie clinique et de l'échec de thérapeutiques éprouvés. Dechaume et Bourrat ont proposé trois hypothèses : coïncidence fortuite, influence psychogène de la surdité et des céphalées, troubles circulatoires locaux provoqués par l'ostéite pagétique. L'inefficacité des traitements classiques de la dépression rend peu probable la possibilité d'une coïncidence.

Épithélioma primitif du sinus frontal,
par MM. J.-Ch. Giraud, J. Sudaka, C. Phéline et A. Connan

Les auteurs présentent une observation d'épithélioma primitif du sinus frontal. L'intérêt de cette observation réside : 1° dans la rareté de ces localisations néoplasiques ; 2° dans la gravité des complications post-opératoires survenues après dénudation méningée.

Correction par le chlorure de potassium de l'asthénie des neuroleptiques,
par M. R. Escoute

L'auteur rapporte l'effet très satisfaisant obtenu par l'administration de 1 à 2 gr. de chlorure de potassium chez des sujets subissant une cure neuroleptique (chlorpromazine, réserpine). L'asthénie souvent intense est largement atténuée, permettant au malade une certaine activité, supprimant

l'inertie physique et intellectuelle. Le mécanisme intime de cette action correctrice est obscur, car si l'on a mis en évidence des troubles du métabolisme électrolytique chez des sujets traités par les neuroleptiques, les phénomènes ne sont ni constants, ni réguliers.

Remarques sur la pathologie psychosomatique du rachis cervical,
par MM. Y. Pélicier, G. Pascalis et J. Sudaka

Les algies cervicales sont d'observation courante chez les névropathes. Parfois se constituent de faux syndromes sympathiques comportant vertiges et céphalées, qui incitent à rechercher une étiologie organique locale. Or, il faut être très sévère sur les critères radiologiques et s'abstenir de manœuvres thérapeutiques intempestives chez des sujets émotifs, revendicateurs et hypocondriaques, à moins d'une justification formelle.

Neuropathie manganique améliorée par le calcitétracémate disodique,
par MM. J.-M. Sutter, Y. Pélicier et G. Pascalis

Les auteurs ont traité par la chélation au calcitétracémate disodique un homme âgé de 34 ans, qui présentait depuis deux ans un syndrome extrapyramidal avec des troubles de la mimique, de la parole, et une hypertonie musculaire généralisée, un syndrome glandulaire avec élévation du métabolisme de base et diminution de l'excrétion des 17-cétostéroïdes, un syndrome électro-encéphalographique comportant un hypovoltage et une hyperexcitabilité neuronale diffuse.

La chélation a amélioré dans une notable proportion la marche et a réduit le tremblement. C'est en tout cas la seule thérapeutique qui ait eu un résultat chez ce malade.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Cure de sommeil collective et psychothérapie de groupe, par H. Faure, (Un volume, 272 pages, Masson et Cie édit., Paris, 1958).

L'auteur expose les méthodes et les résultats diagnostiques et thérapeutiques d'une expérience personnelle de près de quatre ans de cure de sommeil collective dans le service du Dr H. Ey à l'hôpital psychiatrique de Bonneval. L'ouvrage comporte d'abord une description de l'organisation matérielle du cadre, du personnel, du groupe de malades, puis l'auteur entre progressivement de plus en plus profondément dans l'analyse de l'évolution de la cure au niveau individuel, au niveau du groupe, au niveau du psychothérapeute. Il expose comment, après une courte phase d'adaptation, les malades se laissent aller à un processus de régression infantile où l'attitude du milieu doit être très « parentale », processus auquel fait suite la naissance d'un état de tension avec opposition, revendication, agressivité, qui fait écho à une attitude devenue frustratrice chez le psychothérapeute

A la suite de ce double processus de régression-tension s'établit une réharmonisation progressive des affects, au terme de laquelle l'équilibre « homéostasique » de la vie psychique se trouve restauré. Tout au long de cette évolution se poursuit l'extériorisation, soit dans les rêves, soit dans les conversations collectives, soit dans les entretiens psychothérapiques individuels, d'un matériel phantasmatique habituellement riche et significatif. En fait, deux facteurs thérapeutiques conjoints sont au premier plan des résultats obtenus : la cure de sommeil et la psychothérapie collective. Selon les propres termes de l'auteur, « la cure de sommeil collective avec psychothérapie de groupe constitue un moyen privilégié pour faire surgir, au niveau d'une conscience déstructurée et labile, cette relation affective de personne à personne qui fait échapper le malade au face à face avec lui-même et finalement lui permet de réharmoniser ses relations avec lui-même et avec autrui ». Envisageant enfin les résultats thérapeutiques, l'auteur prend soin de préciser quelle répartition nosographique il a utilisée pour son travail. Sous la rubrique névroses, on trouve les névroses d'angoisse, les névroses traumatiques, les névroses hystériques, phobiques, obsessionnelles, les névroses d'organes, les organisations cénestopathiques et hypocondriaques, les dépressions névrotiques. Le groupe des schizophrénies

comporte « les structures discordantes, les systématisations délirantes ou hallucinatoires ayant passé depuis longue date le stade de l'état aigu, les organisations avec autisme difficilement pénétrable ». Le groupe des mélancolies comporte essentiellement les accès dépressifs de la psychose périodique. Enfin, les psychoses délirantes et hallucinatoires aiguës englobent les confusions mentales, les bouffées délirantes polymorphes, les accès aigus paranoïaques ou passionnels, les états confuso-oniriques psychotiques. La systématisation des résultats est intéressante.

« Dans les processus aigus et les accès dépressifs francs, nous avons obtenu un pourcentage de succès égal ou supérieur à 50 %. » Aucune schizophrénie n'a présenté de rémission durable. « Les schizophrénies authentiques nous ont toujours montré en cure de sommeil une rigidité d'organisation de la personne et une non-conformité de leurs réactions au schéma adaptation-régression-tension-réharmonisation ». Un nombre très important de névroses ont bénéficié d'une stabilisation manifeste, les névrosés, eux, s'étant naturellement intégrés au cycle évolutif de la cure de sommeil collective. Opposition clinique et thérapeutique bien classique, à laquelle se réfère l'auteur en concluant.

« Cette opposition entre les échecs de la psychothérapie vis-à-vis des instances psychotiques de la maladie mentale, et les échecs de la psychothérapie vis-à-vis des instances névrotiques est assez nette et significative pour qu'elle renvoie à des faits classiques, déjà bien connus par les cliniciens et les théoriciens de la psychopathologie. »

R. Ropert.

L'épilepsie psychomotrice à l'âge évolutif, par R. Rossini, G.M. Corsino et E. Lugaresi (de Bologne). (*Un volume,* 186 pages, supplément au fasc. 2 de la *Rivista Sperimentale di Freniatria,* vol. 82, Editrice Age, Reggio Emilia, 1958).

Après une large revue historique sur l'élaboration du concept d'épilepsie psychomotrice, les auteurs en arrivent à affirmer que cette forme a une individualité nosographique, liée à la convergence d'éléments cliniques et électro-encéphalographiques. Au point de vue clinique, on y observe, pour les crises, la baisse du niveau de conscience, l'apparition des automatismes, avec, comme éléments facultatifs, des signes moteurs (déviations posturales toniques), végétatifs et psycho-sensoriels. A l'électro-encéphalogramme, l'aspect est assez polymorphe (ondes lentes plus ou moins généralisées ; pointes rythmiques localisées, surtout temporales ; activités lente et rapide mélangées). Très importantes sont les manifestations interparoxystiques. Cliniques, elles peuvent être neurologiques (troubles du langage, hémianopsie, parésies), ou psychiques (confusion mentale passagère, atteinte permanente de l'intelligence et du caractère). Les anomalies électro-encéphalographiques intercritiques les plus typiques sont les pointes, les pointes-ondes en foyers variés, surtout temporaux antérieurs. Plus rarement, il s'agit d'ondes lentes focales ou diffuses et de décharges bilatérales de pointes-ondes.

Il est difficile d'admettre une parfaite identification de l'épilepsie psychomotrice de l'adulte et de celle de l'enfant. Chez ce dernier, les éléments critiques végétatifs et moteurs sont particulièrement riches. Les automatismes sont essentiellement simples. Dans l'ensemble, les signes sont variables,

polymorphes, subissant une évolution parallèle à la maturation du système nerveux. Les états intercritiques sont marqués par des troubles psychiques transitoires ou permanents, avec prédominance des altérations du caractère. Les tracés interparoxystiques sont de rythme très instable. Il est certain que le diagnostic d'épilepsie psychomotrice est difficile chez l'enfant. On peut envisager la question de l'encadrement nosographique de certains troubles psychiques de l'enfance. Il faut se garder de la tendance trop simpliste à faire entrer dans le domaine de l'épilepsie toute phénoménologie clinique, accompagnée d'une dysrythmie électrique cérébrale.

Pour le diagnostic interviennent, non seulement la clinique et l'électro-encéphalographie, mais aussi la radiographie et la pneumo-encéphalographie.

Nombreux sont les facteurs étiologiques : au premier plan, les dystonies avec compression intense et durable ; ensuite, les œdèmes cérébraux liés à de nombreux processus encéphalitiques ou thrombophlébitiques ; les traumatismes cranio-cérébraux sont plus rares que chez l'adulte. Les diverses causes provoquent des lésions cicatricielles surtout à la face inféro-interne du lobe temporal et à la face orbitaire du lobe frontal. De nombreux arguments sont en faveur du siège rhinencéphalique (amygdale, cortex unciné voisin, corne d'Ammon) de la décharge critique.

Les auteurs, après ces considérations générales, apportent leur contribution personnelle relative à cent épileptiques psychomoteurs de moins de 16 ans. L'âge de début de l'épilepsie psycho-motrice se montre nettement plus tardif que pour les autres formes. Pour l'étiologie, il faut incriminer les dystonies dans 15 % des cas, les encéphalopathies de la première enfance dans 12 % ; dans 55 %, la connaissance de la cause est imprécise. Chez tous les malades, on pouvait noter des antécédents épileptiques familiaux. Au point de vue de la symptomatologie critique, les automatismes simples prédominent chez les sujets les plus jeunes, tandis que les automatismes complexes sont plus fréquents à un âge plus avancé. Très nettes sont les manifestations végétatives ; parmi les auras, méritent une mention spéciale les auras psychiques avec anxiété et peur. Des signes cliniques permanents étaient présents dans de nombreux cas : hémiplégie (11 %), parésie des nerfs craniens (6 %), dyslalie (2 %), troubles de l'intelligence (16 %), troubles du caractère (19 %).

Les tracés critiques se superposent, dans l'ensemble, à ceux de l'adulte, mais sont plus variés. C'est l'électro-encéphalographie qui permet, seule, de différencier crise psychomotrice et absence de petit mal avec automatismes. Dans les tracés intercritiques, les signes focaux sont fréquents, dépassant souvent le lobe temporal. Avec l'âge, les foyers tendent à se limiter et à se déplacer vers les aires antérieures. Dans la maturation du foyer, l'activation neuronique précède la synchronisation des potentiels irritatifs.

L'élément fondamental du traitement est la cure médicamenteuse associée aux prescriptions de nature diététique, psychothérapique et opératoire. La chirurgie doit être réservée aux formes rebelles à la thérapeutique médicale, entravant la scolarité et l'adaptation sociale, correspondant à des foyers localisés. Une soigneuse étude électro-encéphalographique préalable est indispensable, montrant la fixité du foyer à des examens successifs.

Vingt-cinq figures. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

L'art thérapie dans une institution d'enfants, par E. Kramer, 1 vol. 238 p., C. C. Thomas édit., Springfield (Illinois), 1958.

L'auteur étudie l'intérêt diagnostique et thérapeutique de la création artistique dans une institution pour garçons caractériels. C'est ici essentiellement la peinture qui est utilisée. Après avoir montré comment l'évolution des thèmes, des couleurs, de la technique même, jalonne et traduit l'évolution des problèmes psychologiques et de leurs solutions, l'auteur résume ses conclusions de façon lucide et modérée. Selon elle, l'analyse du thème ou du contenu émotionnel de la peinture ne peut jamais fournir à elle seule une évaluation certaine de la direction actuelle de l'évolution psychique de l'enfant. Seule l'appréciation de la situation totale actuelle de l'enfant peut donner la signification de chaque œuvre picturale en particulier. En l'absence d'une information complète, les moyens les plus valables de juger restent l'examen de l'humeur de l'enfant pendant les séances de son contact avec le milieu, de la qualité formelle de son œuvre.

En ce qui concerne l'humeur, il faut distinguer entre la joie ou l'élation qui accompagnent un acte de création réussi, et la folle gaieté, l'abandon qui peut accompagner la disparition des inhibitions ; il faut distinguer aussi entre l'irritabilité ou l'hostilité qui accompagnent un processus de régression, et l'état de nervosité, voire de désespoir, qui souvent accompagnent une étape difficile de la cédation de fortes résistances intérieures.

Par ailleurs, la qualité formelle de l'œuvre de l'enfant différera si la peinture exprime un sentiment sincère ou si elle traduit la prétention ou l'hypocrisie. La fixation ou l'impasse dans le domaine émotionnel entraînent la répétition et la monotonie dans l'œuvre picturale, qui devient laide et stérile.

L'auteur conclut enfin que les modalités de l'intervention du psychothérapeute, fluctuantes, difficiles à codifier, ne pourraient être formulées en règles absolues. En général, le psychothérapeute doit essayer d'accélérer les progrès de l'enfant, de vaincre son inertie qui est en partie la résistance à tout changement, tout en laissant le maximum d'initiative à l'enfant. « En définitive, c'est seulement l'enfant lui-même qui peut guider le thérapeute vers le chemin à prendre pour l'aider à surmonter ses difficultés et à accomplir ses possibilités. »

R. Ropert.

La structure du moi dans la schizophrénie paranoïde, par L.J. Zucher, 1 vol., 186 p., C. C. Thomas édit., Springfield (Illinois), 1958.

L'auteur utilise, pour étudier la structure du moi chez les schizophrènes paranoïdes, le test de Rorschach, le test des mosaïques et le test du dessin de personnage. Le but de ses recherches est d'explorer les degrés de fluctuation des limites du moi dans la schizophrénie, tels qu'on peut les juger avec des méthodes projectives. Un autre but de son travail était de comparer la psychodynamique des schizophrènes ambulatoires à celle des schizophrènes hospitalisés, à l'aide de ce même ensemble de tests. Ce travail porte sur les résultats obtenus d'après les protocoles de ces textes pratiqués chez 60 schizophrènes paranoïdes dont 30 étaient hospitalisés et 30 en cure ambulatoire. D'après ses recherches, l'auteur constate que c'est chez les malades hospitalisés qu'on trouve avec le plus de fréquence des signes de

labilité des frontières du moi. Par ailleurs, on trouve également chez ceux-ci des signes de pauvreté et de platitude des ressources intérieures et de défenses extérieures, comparativement aux malades ambulatoires. Enfin, il semble que les préoccupations et les phantasmes d'ordre sexuel soient plus fréquemment explicites ou implicites dans les protocoles des malades ambulatoires par rapport aux malades hospitalisés. L'ensemble de ces résultats indique, selon l'auteur, la possibilité d'utiliser cette batterie de tests pour le diagnostic de la schizophrénie et du type de schizophrénie, pour le pronostic bénin ou malin de l'évolution et pour l'exploration psychologique du processus de la maladie.

R. Ropert.

La cure de Sakel classique ou associée à la chlorpromazine dans la schizophrénie, par M. Vermorel 1 vol. 127 p. Imp. Nouvelle Lyonnaise. Lyon 1958.

Dans le cadre de l'expérience psychiatrique hospitalière de l'hôpital du Vinatier, à Lyon, l'auteur tente de préciser et de codifier les indications et les résultats actuels de la cure de Sakel seule ou associée à la cure neuroleptique par la chlorpromazine dans la schizophrénie. Dans le cas de l'association Sakel-cure neuroleptique, il s'agit, soit de cures « synergisées », soit de cures alternantes. Les résultats sont les suivants pour la cure de Sakel classique : 15 % de guérisons sans rechute, 11 % de guérisons malgré une ou plusieurs rechutes, 11 % de guérisons par la chlorpromazine après échec de la cure de Sakel classique. Les résultats de l'insulinothérapie combinée à la chlorpromazine sont les suivants : 40 % de guérisons sans rechute, 9 % de guérisons après rechute, 4,5 % de guérisons après échec par la cure de Sakel. L'auteur termine en concluant que la cure de Sakel conserve son utilité malgré l'apparition des thérapeutiques neuroleptiques. Son association avec la chlorpromazine donne des résultats supérieurs à l'emploi de chacune de ces méthodes prises isolément. Elle permet de meilleurs résultats dans les schizophrénies anciennes. L'indication majeure de l'association insulinothérapie-chlorpromazine est la schizophénie paranoïde (52,5 % de guérisons contre 12,5 % dans la cure de Sakel classique).

R. Ropert.

Instrumentation électronique pour les sciences du comportement, par C. C. Brown et R. T. Saucer. 1 vol., 160 p., C.C. Thomas édit., Springfield (Illinois), 1958.

Cet ouvrage est écrit pour les chercheurs dans le domaine de la psychiatrie expérimentale, de la psychophysiologie, de la physiologie générale, et les autres domaines où l'instrumentation électronique permet la stimulation ou la mesure des réponses chez l'animal ou chez l'homme. Le matériel présenté est simple, pratique et précis, et a été sélectionné selon ses rapports avec les problèmes spécifiques de l'instrumentation de recherche. Les circuits proposés utilisent les plus récents progrès technologiques et la discussion qui les accompagne explicite le « comment » et le « pourquoi » de l'opération. Du fait qu'il présente la théorie électronique, les modèles de circuits et une variété de techniques instrumentales, ce livre se propose aux spécialistes, à la fois comme un traité et comme un manuel.

R. Ropert.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Maladie de Basedow post-émotionnelle avec syndrome catatonique, par Constanta Parhon-Stefanescu, O. Maller et C. Sonnenreich (de Bucarest). (*Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia*, Bucarest, 2e année, n° 6, novembre-décembre 1957, p. 559-563).

Les auteurs présentent un cas de maladie de Basedow qui se distingue des observations habituelles par son installation assez brusque à la suite d'une forte émotion, ainsi que par l'aspect clinique avec existence à un moment donné d'un état d'anxiété et d'inhibition de type catatonique accompagnée de négativisme. Un autre fait remarquable est la récidive des symptômes dans des circonstances analogues à celles du début de la maladie, ce qui suggère l'existence, dans la pathogénie du syndrome psychique décrit, d'un mécanisme de réflexe conditionnel.

V.-J. Durand.

La validite d'un test psychologique de lèsion cérébrale, par D. Walton et D. A. Black (de Rainhill Hospital, près de Liverpool). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 30, n° 4, 1957, p. 270-279).

Un test d'apprentissage de définitions de nouveaux mots a été appliqué chez 222 malades mentaux et 57 sujets normaux. Les premiers comprenaient 125 névrotiques, 30 psychotiques, 21 déficients mentaux et 46 malades ayant des lésions cérébrales. Bien que l'intelligence, le niveau du vocabulaire et l'âge exercent une certaine influence sur les résultats, cela ne suffit pas à produire des scores organiques en dehors de l'organicité. Quand des malades fonctionnels et d'autres organiques sont examinés en même temps par âge, aucune erreur n'est possible. Ce test est capable de permettre la différenciation en dommages organiques avec atteinte corticale des troubles fonctionnels et résultats normaux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Schizophrénies aiguës et holodysphrénies. Un groupe de psychoses phasiques endogènes, par Barahona Fernandes. (*Anais portugueses de psiquiatria*, vol. 9, n° 9, décembre 1957, p. 142-176).

La question des psychoses aiguës endogènes, surtout en ce qui concerne la typologie clinique des psychoses schizophréniques et voisines, a prêté à beaucoup de discussions. L'auteur propose de différencier, dans l'ensemble des schizophrénies aiguës, certains types cliniques : les psychoses cycloïdes et autres avec lesquelles il veut former le groupe des holodysphrénies. Elles sont caractérisées par la prédominance des altérations de la conscience, l'incohérence des actes et de la pensée, avec manifestations hallucinatoires et

délirantes, intégrées dans ces altérations générales ; les signes toxiques généraux sont fréquents (dénutrition rapide, troubles végétatifs), ainsi que les atteintes métaboliques, celles du sommeil, des instincts et des activités nerveuses basilaires. Au point de vue étiologique et pathogénique, il y a convergence des facteurs héréditaires, des particularités de la personnalité, des oscillations vitales, des causes agressives exogènes et des conditions psychologiques perturbatrices. L'évolution se fait par épisodes ou accès aigus à début brusque et à terminaison nette. Ces épisodes ont tendance à de fréquentes et brutales oscillations et à la répétition périodique. Ils se terminent toujours par la rémission totale, sans détérioration de la personnalité. La psychose une fois guérie est vécue comme étrangère au moi. Elle ne tend pas à s'organiser en nouvelles formes de vie personnelle. A propos du délire aigu, l'auteur n'est pas favorable à la notion de l'encéphalite azotémique. Il incrimine plutôt une réaction d'épuisement dans le cadre des troubles de l'adaptation de Selye. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le test « progressive matrices » (1938) de Raven appliqué individuellement à 370 sujets psychiatriques, par D. Zamparo (de Padoue). (*Note e Riviste di Psichiatria,* 50e année, fasc. 4, octobre-décembre 1957, p. 715-740).

Après une revue de la littérature, l'auteur expose les résultats quantitatifs et les aspects qualitatifs, notés chez 370 malades d'hôpital psychiatrique, par application individuelle du test de Raven. L'auteur conclut, en comparant avec les chiffres obtenus chez des sujets normaux du même milieu que les malades, à la positivité des résultats favorables. Mais, il admet la nécessité d'une plus grande discrimination aux niveaux les plus bas, qu'on peut obtenir par un élargissement proportionnel de l'extrémité inférieure de l'échelle clinique. Le seul groupe qui donne un rendement semblable à celui des sujets normaux est celui des névrotiques. Le rendement le plus bas est celui des déments. Les épileptiques ont montré une exécution rapide du test. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Syndromes psychopathologiques dans les psychoses symptomatiques, par Barahona Fernandes. (*Anais Portugueses de Psiquiatria,* vol. 9, n° 9, décembre 1957, p. 107-117).

Les troubles psychiques consécutifs à des affections générales sont, d'habitude, non spécifiques. Mais ils peuvent présenter des types très variables d'intensité, de gravité, d'évolution, d'étendue, d'association. Les modalités cliniques sont nombreuses. L'auteur, qui expose ses conceptions à ce sujet, propose un schéma de classification commode, permettant de noter la participation plus ou moins organique du syndrome, son évolution, la diffusion ou la localisation des lésions, la part variable de la prédisposition personnelle. Les divers troubles, allant des réactions psychogènes au coma, des réactions psychopathiques aux signes d'atteinte du tronc cérébral, des syndromes dépressifs aux amnésies symptomatiques, viennent se placer de façon logique dans ce schéma.

V.-J. Durand.

Modalités d'anxiété : les facteurs de corrélation de l'anxiété sociale, par Joseph Sandler, Cecily de Monchaux et James J. Dixon (de Londres). (*The British Journal of Medical Psychology,* vol. 31, n° 1, 1958 p. 24-31).

Les auteurs identifient une anxiété sociale générale et distinguent quatre facteurs : gêne sociale, crainte de la perte de contrôle (surtout du contrôle corporel), peur d'exhibitionnisme, peur de révéler son infériorité. Pour chacun de ces facteurs, sont indiqués les éléments cliniques caractéristiques, chez l'homme et chez la femme, ainsi que les questions correspondantes du Tavistock self-Assessment Inventory (test rappelant le Minnesota Multiphasie Personality Inventory). Une notion importante est celle de « foyer d'anxiété consciente ». Ce foyer peut correspondre aux autres personnes (étrangers, relations, intimes) ou au sujet lui-même (corps, moi psychique intérieur). Cette notion a une valeur potentielle pour le diagnostic, le pronostic et la recherche psychopathologique.

V.-J. Durand.

Pathologie psychosomatique, par Joseph Sandler. (*The British Journal of Psychotherapy,* vol. 31, n° 1, 1958, p. 19-23).

L'auteur montre l'importance du problème de la psychogénèse des maladies somatiques. Il ne suffit pas de dire que l'ulcère duodénal d'un malade est psychogène, si on ne peut expliquer comment les symptômes résultent d'un conflit mental. Appeler la lésion organique, matérialisation d'un processus de l'imagination, est insuffisant. Il est indispensable de considérer les mécanismes possibles pour combler le fossé entre conflit psychique et symptômes somatiques. C'est ce que s'efforce de faire l'auteur.

V.-J. Durand.

L'essence de la guérison mentale, par Joost A. M. Meerloo (de New-York). *American Journal of Psychotherapy,* vol. 12, n° 1, janvier 1958. p. 42-63).

L'auteur étudie quelques problèmes fondamentaux et quelques principes relatifs au processus de guérison dans le traitement psychologique des malades : guérison spontanée, en dehors de tout traitement, rôle de la crise et du choc dans la guérison spontanée ; guérison par la foi, concept de pseudo-guérison ; rébellion contre la guérison ; évaluation du procédé thérapeutique, post-guérison. Parmi les facteurs curatifs principaux en psychothérapie, l'auteur distingue : la régénération, la fonction ritualistique de la psychothérapie, le soutien émotionnel et la satisfaction des besoins infantiles d'aide et de protection, la libération et la tolérance des tensions, l'élimination des « poisons » physiques et psychiques, la fortification du moi, la révélation inconditionnée et la verbalisation, la méthode d'essais et erreurs au service de l'accroissement de la connaissance générale et de la connaissance du moi, le reconditionnement de la personne par des expé-

riences émotionnelles correctrices, la renonciation, le rôle curateur du temps, le « reculer pour mieux sauter », la compréhension des contrastes internes, la meilleure capacité de sublimation et de création, la relation de transfert avec le médecin, la plus grande activation des sentiments de tendresse. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Note sur la signification des idées de référence, par Maria F. Fleischl (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy,* vol. 12, n° 1, janvier 1958, p. 24-29).

Les idées de référence représentent une forme délirante d'idéation, s'accompagnant de degrés variés d'intensité et de conviction. Le malade, souffrant d'idées de référence, tend à interpréter péjorativement et à rationaliser de manière incorrecte les conversations et le comportement normaux des personnes de l'entourage. Des interprétations fausses les considèrent comme des moqueries, des sarcasmes, des attaques. Un fait banal est mal perçu et interprété illogiquement, bien qu'élaboré logiquement. Généralement, les idées de référence représentent une sorte de manœuvre schizoïde, dont un des premiers objectifs est de sauver la face et de maintenir l'estime de soi. Deux malades sont étudiés, à titre d'exemple : une jeune femme de 34 ans, une autre de 37 ans.

V.-J. Durand.

Considérations critiques, neurologiques, psychiatriques et électro-encéphalographiques sur le phénomène de la crise d'angoisse, par P. Guilmot (de Lovenjoul) et L. Sorel (d'Uccle-Bruxelles). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 58, fasc. 1, janvier 1958, p. 65-85).

Des études personnelles des auteurs, il apparaît que l'angoisse critique trouve son terrain d'action dans une majorité d'individus tarés au point de vue somatique. Ce sont des altérations psychiatriques et neuro-végétatives (cyclothymies, déséquilibre, hyperémotivité). Le nombre des angoisses psychogènes est faible (17 sur 101) ; l'analyse somatique est donc la plus importante. Dans l'étude électro-encéphalographique actuelle, la proportion des anomalies est plus grande parmi ces malades que sur un groupe d'individus ne présentant pas ces troubles et surtout parmi les individus sans tares psychiatriques ou neuro-végétatives (12 sur 16). Il n'y a pas de correspondance entre les troubles électriques, psychiatriques et neuro-végétatifs au stade actuel des recherches. Les malades, pour qui l'incidence psychogène domine, sont les moins troublés électriquement. Un simple traitement par barbituriques-hydantoïne améliore plus qu'un traitement calmant ordinaire. Il faut des cures prolongées. Quand ils sont indiqués, il faut associer les procédés psychiatriques (psychothérapie, méthodes biologiques). Il n'y a, actuellement, aucune raison d'assimiler les phénomènes d'angoisse critique à des troubles éventuellement épileptiques. La présente étude permet d'entrevoir l'instabilité cérébrale des anxieux et de mieux faire connaître le mode de réaction par l'angoisse de ces malades. Trois figures. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Un cas de vol comme équivalent épileptique, par L. Massion-Verniory et L. Cassiers (de Bruxelles). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 58, fasc. 2, février 1958, p. 186-193).

Les auteurs rapportent un cas de vol à l'étalage commis par un épileptique en état de crise psycho-motrice. Ils montrent comment le diagnostic de la nature comitiale du vol doit s'appuyer sur un examen complet du malade : hérédité, anamnèse, électro-encéphalogrammes, tests psychologiques et analyse des caractéristiques mêmes du vol. Ils discutent ensuite le diagnostic différentiel entre vol épileptique et vol par kleptomanie. Sur les plans clinique et pathogénique, les théories organo-dynamistes de Ey permettent la meilleure compréhension des faits étudiés.

V.-J. Durand.

Pathogénèse et étiologie biologiques de la schizophrénie, par V. M. Buscaino (de Naples). (*Acta Neurologica,* 13e année, n° 1, janvier-février 1958, p. 1-26).

Il existe des mécanismes déclenchants précis de la schizophrénie. Une insuffisance spécialement hépatique et réticulo-endothéliale est certaine dans la maladie. Mais, l'auteur insiste surtout sur l'importance des troubles des amines. La schizophrénie lui apparaît comme la conséquence, spécialement chez des sujets prédisposés, d'une toxicose aminique complexe (surtout amines aromatiques), provoquée en particulier par des substances à squelette indolique. De plus, il y a des substances chimiques pures qui se montrent capables de déterminer l'éclosion de syndromes schizophréniformes, chez l'homme et chez l'animal. Elles sont à structure aminique (essentiellement à bases aromatiques) et dérivent surtout de l'éthylamine et de l'indol. Divers syndromes psychopathologiques de type schizophrénique et confusionnel peuvent être déclenchés chez l'homme par les dérivés de la phénylisopropylamine, la paraphénylènediamine, la dibénamine, l'adoline, l'optalidon, l'atébrine, l'hydrazide de l'acide isonicotinique. Les substances anormales retrouvées chez les schizophrènes provoquent des hallucinations, de la catatonie. Ce ne sont pas les hallucinations ou la catatonie qui déterminent la formation de ces substances. En ce qui concerne la sérotonine, l'auteur pense que ni l'augmentation, ni l'inhibition de cette substance n'ont d'importance au point de vue de la biologie pathogénique de la schizophrénie. Des recherches sont actuellement en cours pour étudier la possibilité d'une étiologie virale de la maladie. Dans la schizophrénie vraie, idéopathique, la pathogénie aminotoxique est pleinement confirmée, spécialement par des substances à noyau indolique. L'auteur souligne l'importance des recherches biologiques pour dépister, à côté de la schizophrénie vraie, d'autres formes à étiologie non biologique, à symptomatologie non biologique et capables de guérir par la psychothérapie seule. Les travaux de chimie biologique doivent se développer pour préciser de nombreux points encore obscurs. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Épisodes psychotiques intercritiques chez les épileptiques, par J. Cordier (de La Hestre). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, vol. 58, fasc. 2, février 1958, p. 95-104).

Une étude est faite de neuf observations d'épileptiques anciens ayant présenté des épisodes psychotiques. Ces épisodes ont duré de quelques semaines à quelques mois, débutant par une dépression et une stupeur progressives. Ils sont entrecoupés d'agitation logorrhéique, d'agressivité, parfois d'interprétations délirantes de préjudice. Il y a également des signes psychiques discordants. La conscience généralement conservée est obnubilée au cours de courtes périodes dans lesquelles on observe de la bradypsychie, des troubles de la concentration de la pensée et une perception floue du monde extérieur. Dans un cas, il y avait des troubles graves de la mémoire des faits récents. Aucune corrélation n'a été retrouvée entre les troubles psychiques, l'étiologie de l'épilepsie et les caractéristiques électro-encéphalographiques. Les tentatives de suicide sont fréquentes pendant les accès. On rencontre un nombre anormal d'oligophrènes et d'épileptiques génétiques parmi les malades examinés. Le diagnostic différentiel est envisagé avec les états crépusculaires, les troubles caractériels graves et la dépression des épileptiques.

V.-J. Durand.

Fugues et vagabondage à l'âge évolutif, par Fernando Accornero et Roberto Mayer (de Rome). (*Infanzia Anormale*, fasc. 26, mars-avril 1958, p. 139-166).

Après un examen de la littérature correspondante et la présentation de douze cas de jeunes des deux sexes, avec troubles du comportement se caractérisant par des fugues ou du vagabondage, les auteurs concluent : 1) le symptôme « fugue » et le symptôme « vagabondage » n'ont pas la valeur d'une entité nosographique, mais sont l'expression d'un syndrome d'opposition, ordinairement par carence affective ; 2) la fugue et le vagabondage montrent une étiologie et une pathogénie identiques, mais l'une ou l'autre de ces manifestations est étroitement liée à l'interaction de facteurs variés : âge, durée et type du stimulus, réaction subjective, influence du courant idéologique du moment ; 3) les deux symptômes sont un indice d'une plus grande anormalité chez les filles que chez les garçons. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Etats obsessionnels épisodiques dans le cadre de la psychose dépressive, par G. Giancarlo Reda et Emma Paretti (de Rome). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 1, 31 mars 1958, p. 7-30).

Parmi une étude de la littérature sur les rapports entre états obsessionnels et psychoses dépressives, il est possible d'observer la diversité des opinions émises. Quelques auteurs, en effet, pensent que tous les états obsessionnels, épisodiques ou chroniques, sont à rattacher à une constitution dépressive. D'autres, au contraire, admettent que l'épisode dépressif prend naissance sur une personnalité psychasthénique. D'autres, enfin, croient que les deux syndromes peuvent exceptionnellement coexister tout en étant l'expression de maladies différentes. Quelques-uns, parmi ces derniers, pen-

sent que les obsessions sont des symptômes libérés par un état dépressif, tandis que d'autres considèrent les obsessions comme une défense de la personnalité contre l'invasion de la dépression. S'appuyant sur l'analyse de neuf cas dans lesquels des impulsions obsédantes et des obsessions suivaient, accompagnaient ou précédaient un état dépressif, et tenant compte des données de la littérature, les auteurs admettent que la psychonévrose obsessionnelle et la psychose dépressive sont des maladies distinctes, pour la personnalité prémorbide, le tableau clinique et l'évolution. Elles peuvent s'associer selon diverses modalités : épisodes obsessionnels s'installant sur un état dépressif et guérissant avec lui (psychose dépressivo-obsessionnelle) ; épisode dépressif apparaissant chez des psychasthéniques ayant des accentuations obsessionnelles épisodiques (psychose obsessivo-dépressive) ; dépression de type réactionnel et épisodes obsessionnels chez des névroses anxieux. La dépression est alors différente de l'anxiété obsessionnelle (épisodes obsessivo-pseudo-dépressifs). Bibliographie.

V.-J. Durand.

Un cas de négation délirante de la mort, par Pier Mario Masciangelo (de *Reggio Emilia*). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 82, fasc. 1, 31 mars 1958, p. 165-180).

S'inspirant des principes de la psychiatrie dynamique, l'auteur fait l'étude psychopathologique d'un cas de syndrome schizophrénique paranoïde. La psychose avait débuté, chez une malade de 45 ans, d'emblée, à la suite de la mort d'un oncle et comme conséquence de la rupture des liens anormaux de dépendance qui s'étaient établis antérieurement entre la malade et le parent décédé. La signification du tableau psychotique, caractérisé essentiellement par la dénégation délirante du décès, par des thèmes de persécution et par de l'autisme, peut être expliquée dynamiquement comme une défense très régressive contre l'angoisse développée à la suite de la perte de l'objet nécessaire à la survivance psychologique du moi. La douloureuse réalité objective, par conséquent, a été niée et remplacée par une réalité subjective et délirante. Au point de vue structural, les niveaux psychotiques très régressifs, atteints par la malade, caractérisent la reconstruction délirante de l'objet perdu et le maintien d'une activité rudimentaire et primitive du moi. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Etude électro-encéphalographique sur vingt-neuf cas de paralysie générale, par Mario Scarcella (de Messine). (*Rassegna di neuropsitria*, vol. 12, n° 2, 1958, p. 81-98).

Chez 29 paralytiques généraux ont été faits 58 électro-encéphalogrammes. On peut les classer en trois catégories : normaux, à la limite, pathologiques. L'auteur a cherché à établir une éventuelle corrélation entre les anomalies électriques (présentes dans 55 % des cas, avec ralentissement diffus plus ou moins marqué associé à des signes d'épilepsie) et les facteurs suivants : troubles neurologiques et psychiques, atteinte du système extra-pyramidal, modification du liquide céphalo-rachidien, âge des malades, durée de l'évolution depuis le début, traitements pratiqués et résultats obtenus. Les données correspondantes sont discutées et comparées avec celles de la littérature.

Les anomalies électro-encéphalographiques sont fréquentes dans la paralysie générale, mais ni constantes, ni pathognomoniques, strictement liées au dynamisme du processus encéphalitique. Elles n'auraient aucun rapport significatif avec les troubles psychiques ou physiques (sauf les crises comitiales), ou avec l'état du liquide céphalo-rachidien. Les tracés sont surtout anormaux en cas de lésions parenchymateuses récentes et actives ; de même chez des malades jeunes. L'impaludation et le traitement par la pénicilline améliorent l'électro-encéphalogramme. Le recueil des tracés, pendant et après le traitement, permet un utile contrôle des malades. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Discussion sur les aspects légaux des tentatives de suicide. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine ; section de psychiatrie*, vol. 51, n° 4, avril 1958, p. 207).

Doris Odlum. — En Angleterre, le suicide est considéré comme une félonie. Il constitue une offense légale autant qu'un homicide. La loi date du Moyen Age. Jadis, l'individu qui s'était suicidé était enterré sans cérémonie et ses biens étaient confisqués. A partir de 1880, cette mesure put être évitée si des parents ou amis pouvaient prouver que le suicidé présentait des troubles mentaux. La tentative de suicide, considérée comme un délit, peut être punie de six mois d'emprisonnement ou plus. De 1946 à 1955, sur 44.956 tentatives de suicide, 5.794 furent jugées et les sujets considérés comme des criminels. A plusieurs reprises, on demanda un amendement de la loi en se basant sur le fait que la plupart des sujets ayant fait une tentative de suicide doivent être soumis à un traitement dans des hôpitaux psychiatriques. Dans la plus grande majorité des cas, il n'y a aucune raison pour que la loi intervienne. Le médecin n'est pas obligé de signaler la tentative de suicide à la police, mais il doit le faire dans les cas où le suicide est une félonie.

P. Epps. — Sur 100 femmes ayant fait des tentatives de suicide et placées à l'hôpital-prison d'Holloway, 51 ont été envoyées pour rapport médical par le tribunal pour une durée de une à trois semaines et retournèrent en prison. 41 furent admises pour rapport médical ; 6 étaient déjà condamnées à trois ou neuf mois d'emprisonnement. Sur ces 100 femmes, 75 avaient été hospitalisées entre leur tentative de suicide et leur première comparution devant le tribunal ; 64 n'avaient jamais comparu et 6 avaient déjà été traduites pour tentatives de suicide, les autres avaient déjà été convoquées pour larcins, ivresses, etc... ; 75 % avaient moins de 40 ans. L'isolement social et une vie malheureuse sont généralement relevés. 44 étaient mariées, mais parmi celles-ci 27 étaient séparées ou divorcées ; 49 avaient déjà présenté des troubles mentaux et 42 avaient été hospitalisées dans un établissement psychiatrique. Les 100 femmes sont ainsi classées : 49 névrotiques, 19 psychotiques, 16 psychopathiques, 11 épileptiques et 5 arriérées. Parmi elles, on note 24 alcooliques chroniques, dont 16 ont accompli leur tentative de suicide après avoir bu. 53 furent mises en liberté surveillée, 10 condamnées à deux ou trois mois de prison. Il y a en Angleterre 4.000 à 5.000 tentatives de suicide par an relevées par la police. Seulement un cas sur huit fait l'objet d'une arrestation ; pour les autres, les parents se déclarent responsables de la surveillance des sujets, Le dévelop-

pement actuel des services psychiatriques plaide contre l'argument que la prison joue un rôle préventif du suicide. Quoique le suicide peut être admis comme un acte anti-social, nous sommes ici en minorité pour le regarder comme un acte criminel.

I. R. C. Batchelor. — En Ecosse, le suicide n'est pas considéré comme une offense. Le sujet peut être conduit à l'hôpital par la police et aucune action légale n'est prise contre lui. Quand l'acte est accompli en public, il est considéré comme un attentat contre l'ordre public. Le sujet qui a fait une tentative de suicide est hospitalisé, mais considéré comme un inculpé ayant troublé l'ordre public. Il est l'objet d'un interrogatoire par le Prosecutor pour préciser s'il doit être examiné par un psychiatre et soigné. Cette façon légale de procéder peut être criticable au point de vue psychiatrique. Elle diffère d'ailleurs suivant les régions du pays. Dans les cas où l'individu entraîne avec lui des membres de sa famille ou d'autres personnes, il est alors inculpé. Le fait de considérer un sujet qui a tenté de se suicider comme un malade tend à être admis dans l'ensemble du pays. En Ecosse, on note huit morts par suicide sur 100.000, tandis qu'en Angleterre, on arrive à 12 pour 100.000. Il n'y a aucune évidence que les sanctions légales agissent comme prévention du suicide. Des sujets ignorent d'ailleurs que le suicide est illégal.

Irène M. H. Mac-Adam. — Comme magistrat, il trouve que le suicide est rare, comparé aux autres actes criminels. Le sujet, qui a tenté de se suicider, court la chance de se trouver dans une région où la police ferme les yeux sur son acte et sa détention peut être évitée. Quand les cas nécessitent un traitement, l'accusé peut être poursuivi s'il ne se soumet pas aux conditions du traitement. L'agent chargé de l'examen du sujet se trouve parfois en présence de difficultés quand l'inculpé a déjà eu affaire avec la justice. Il serait préférable que cet examen soit fait par un psychiatre. Il y a des individus qui tentent de se suicider et qui n'ont pas l'intention de se tuer. La cour peut appliquer divers jugements tels que : acquittement, acquittement conditionnel, surveillance. Avec les opinions modernes, la loi devrait être modifiée et la tentative de suicide devrait être considérée comme un problème médical et social et non plus comme un délit passible de poursuites.

L. Marchand.

Nouvel examen des critères diagnostiques dans la maladie schizophrénique et les psychoses de la première et seconde enfance, par Louise Despert et A. Sherwin. (*The American Journal of psychiatry*, vol. 114, n° 9, mars 1958, p.784.).

Il est possible et important de distinguer les uns des autres les syndromes de l'autisme infantile de la schizophénie et des psychoses des enfants arriérés mentalement. Il est surtout important de séparer les deux premières manifestations car les défenses autistiques sont généralement caractéristiques de ces états. Le diagnotic de « psychose autistique » devrait être appliqué aux cas dans lesquels l'autisme infantile représente la forme la plus précoce de la schizophrénie. Le diagnostic de « maladie schizophrénique » doit être réservé aux cas qui débutent après l'âge de un an et qui sont caractérisés par la perte du contact affectif avec la réalité. Les psy-

choses, chez les enfants qui présentent un retard du développement moteur et une faiblesse intellectuelle doivent être classés provisoirement dans un troisième groupe. Les psychoses dégénératives et les psychoses épileptiques sont généralement facilement diagnostiquées des trois types envisagés par les auteurs.

L. Marchand.

De quelque aperçu moteur dans la schizophrénie. Étude électromyographique, par G. Whatmore et R. Ellis. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 10, avril 1958, p. 982).

Un fait souvent négligé est que l'activité motrice dans le système nerveux est intimément liée aux sensations, aux émotions et même à la pensée.

Le rapport présent a trait à des mesures électromyographiques faites chez 21 schizophrènes et 10 sujets pris comme contrôle. Les auteurs ont construit un appareil capable d'enregistrer simultanément de très légers potentiels musculaires sur quatre aires : front, mâchoire, avant-bras, jambe, pendant des périodes de trente minutes. La moyenne a été de 54,9 unités pour les schizophrènes et seulement de 19,9 unités pour les sujets de contrôle. Cette activité motrice exagérée est vraisemblablement accompagnée d'une augmentation de l'activité des neurones afférents du cortex moteur et aussi prémoteur. Une telle augmentation de l'activité des cellules pyramidales peut avoir une influence importante sur le cortex cérébral aussi bien que sur les structures sous-corticales. Puisqu'il est évident qu'à la fois pensée et émotion ont des composants moteurs, il est possible que l'hyperactivité dans le système nerveux entraîne des troubles de la pensée et des émotions, qu'elle joue ainsi un rôle étiologique dans le développement de la schizophrénie. Les auteurs proposent d'appeler « hyperponésie » (du grec : ponesis, effort) cette hyperactivité exagérée du système nerveux central ; elle peut être intermittente ou continue, statique ou phasique, évidente ou cachée.

L. Marchand.

De la conception d'Eugène Bleuler concernant le groupe des schizophrénies au milieu du siècle. par A. Fritz. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 9, mars 1958, p. 769).

Si on résume la conception de Bleuler, on note qu'il reconnaissait que les évolutions des schizophènes étaient très dissemblables tout en présentant une symptomatologie semblable. Les uns tombent plus ou moins rapidement dans un état de détérioration, d'autres, au contraire, arrivent à se réadapter. Aussi, l'idée que la schizophrénie était une maladie uniforme reste douteuse.

Cette variabilité du pronostic suggère l'existence de groupes spéciaux. l'auteur a tenté de les différencier en se basant sur les évolutions de schizophrènes hospitalisés de 1900 à 1950. Il a ainsi relevé combien de malades ne furent admis qu'une seule fois, combien purent quitter l'hôpital, mais ont présenté une ou plusieurs rechutes ; combien parmi ces derniers s'aggravèrent pour ne plus quitter l'hôpital, enfin combien de malades décédèrent à l'hôpital du fait de leur psychose.

La période allant de 1900 à 1950 a été divisée en sept parties de sorte que l'auteur a obtenu ainsi sept groupes de schizophrènes hospitalisés durant des périodes successives. Il ressort que les mises en liberté dans l'ensemble surviennent au cours des deux premières années d'hospitalisation, que leur pourcentage est plus élevé au cours des récentes années. Le nombre des décès a été de 36 % dans la première partie du siècle et seulement 4 % dans la suite ; 35 à 45 % des sujets restèrent en liberté. Les autres ont été l'objet de multiples admissions.

Il ne semble pas que depuis l'introduction des thérapeutiques somatiques, les sujets qui purent quitter l'hôpital et ne firent pas de rechutes furent plus nombreux. La proportion reste la même à toutes les périodes. Il ne semble pas que les traitements somatiques ou psychothérapiques aient contribué à augmenter notablement la proportion de ce groupe tout nn reconnaissant que ces traitements ont eu pour effet de réduire certains symptômes des états schizophréniques. Il y a des sujets qui entrent à l'hôpital avec un bon pronostic qui se manifeste sans égard aux traitements comme le montre la proportion des guérisons qui reste la même avant et après l'application des thérapeutiques modernes. Comme dans la statistique de Bleuler (22 %), le nombre des sujets réfractaires à tout traitement reste le même. On n'a pas fait de progrès dans la conception de la schizophrénie dans ces dernières années et le désaccord persiste entre les protagonistes des conceptions psychologiques et somatiques.

L. Marchand.

Valeur pronostique chez les schizophrènes chroniques d'un trouble perceptif concernant l'orientation temporale, par J. Lanzeron et W. Wolfson. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 114, n° 8, février 1958, p. 744).

Les auteurs ont noté chez de nombreux schizophrènes chroniques détériorés un phénomène psychopathologique qu'ils interprètent comme indiquant un mauvais pronostic. Ils l'appellent « trouble perceptif de l'orientation temporale ». Ils le considèrent comme pathognomonique chez les schizophrènes chroniques, hébétés, apathiques. Quand on demande à ces malades leur date de naissance ou la date actuelle, ils donnent souvent une réponse correcte, mais si on leur demande leur âge, ils donnent celui auquel ils sont tombés malades ou ont été hospitalisés. Ayant interrogé 50 malades, les auteurs ont trouvé que leur âge moyen était approximativement égal à leur âge moyen au moment de leur admission plus 7 mois, temps relativement court dont les malades n'avaient pas tenu compte, après leur hospitalisation. Chez les schizophrènes traités et améliorés, on ne note pas ce trouble de l'orientation temporale.

L. Marchand.

Des nombreuses disciplines dans les recherches sur la schizophrénie, par W. Malamud et W. Overholser. (*The American Journal of Pychiatry,* vol. 114, n° 10, avril 1958, p. 865).

Les auteurs présentent une revue des travaux sur le rôle des facteurs héréditaires et constitutionnels dans la schizophrénie, sur les prédispositions des jumeaux univitellins qui, si l'un est schizophrène, l'autre a 5 ou

6 fois plus de chances de le devenir que s'il s'agit de jumeaux bivitellins, sur les causes agissant au cours du développement de l'enfant dès sa naissance, sur le rôle du système endocrinien, sur les substances pharmacodynamiques pouvant développer des symptômes ressemblant à ceux de la schizophrénie, sur l'action des situations psychologiques familiales et sociologiques.

Ils concluent : la variété des manifestations pathologiques chez les schizophrènes se développe surtout chez des sujets qui, prédisposés, sont soumis à certaines expériences traumatiques, psychotiques, sociales ou physiques durant leur enfance ou leur adolescence. Des modifications dans l'organisme se traduisent par des anomalies du comportement vis-à-vis des personnes et par des troubles fonctionnels physiologiques, l'individu est alors incapable de résister aux agressions des diverses situations, particulièrement au moment des périodes critiques telles que puberté, adolescence, mariages, événements catastrophiques de l'existence. Il s'isole à la fois du milieu externe et interne, se reconstruit son monde sur la base de l'autisme ; ses réactions physiologiques aux stress sont inadaptées.

L. Marchand.

Modifications du comportement chez des sujets volontaires soumis à l'administration de taraxein, substance extraite du sérum des schizophrènes, par R. Heat, S. Martens, B. Leach, D. Matthew, Cohen et Ch. Feigley. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 114, n° 10, avril 1958, p. 917).

Les auteurs ont administré le taraxein à 20 sujets volontaires (15 prisonniers, 3 schizophrènes en rémission, 2 normaux). La dose a été l'extrait de taraxein provenant de 40 ml. de sérum de schizophrènes. Le volume des solutions a varié de un et demi à 5 ml. L'injection intraveineuse a été faite rapidement.

Des expériences de contrôle ont été entreprises. Avec un extrait de sérum de sujets normaux suivant le même procédé que celui utilisé pour obtenir le taraxein. Son injection ne produisit aucune réaction. Par contre, chez les sujets soumis au taraxein provenant de schizophrènes, des réactions se manifestèrent. Les symptômes primaires fondamentaux de la schizophrénie apparurent les premiers et persistèrent plus longtemps que les symptômes secondaires. Les réactions chez les trois schizophrènes en rémission furent plus intenses et plus prolongés que chez les non-psychotiques.

Les auteurs ont cherché à préciser si le taraxein existe dans le sérum où si il serait produit par le procédé utilisé pour l'extraire. 450 ml. de plasma schizophrénique furent injectés rapidement à chacun des quatre prisonniers non psychotiques ; la même quantité de plasma provenant de sujets non psychotiques a été injectée à deux prisonniers. Les quatre premiers présentèrent les symptômes caractéristiques de la schizophrénie ; les deux autres ne manifestèrent aucun trouble mental. Le taraxein est donc une substance qui est présente dans le sérum des schizophrènes.

Des étudiants ont pris volontairement du L.S.D. et au moment où ils présentaient des symptômes mentaux, la recherche du taraxein dans leur sérum a été faite ; elle fut négative. Les troubles psychiques produits par le L.S.D. n'ont pas le même mécanisme que ceux de la schizophrénie.

Chez des malades qui étaient soumis depuis longtemps à la thorazine, les auteurs ont recherché si ce produit altérait l'activité du taraxein. Il

résulte de leurs expériences chez des singes qu'il n'en est rien. Si la thorazine agit favorablement sur les symptômes cliniques de la schizophrénie ce n'est pas en détruisant ou en réduisant le taraxein.

L. Marchand.

Investigation sur les réactions cutanées de l'anticorps-antigène de Rosenow dans la schizophrénie, par W. P. Gurassa et H. Fleischhacher (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry,* vol. 21, mai 1958, p. 141).

Pour confirmer les travaux de Bering et de Rosanow sur l'action cutanée d'un anticorps-antigène dans l'épilepsie idiopathique, les auteurs ont entrepris d'utiliser les mêmes tests en même temps chez des schizophrènes et chez des épileptiques. Rosanow croit que différents streptocoques du type alpha hémolytique vivent dans le nasopharynx des épileptiques, des schizophrènes et des arthritiques. Il a tenté de le démontrer par une réaction cutanée à l'injection intradermique d'anticorps spécifiques streptococciques. La substance injectée serait équivalente à l'anticorps naturel préparé chez l'animal immunisé.

Les auteurs ont reçu de Rosenow les substances suivantes comprenant un « anticorps thermal » préparé avec une culture de streptocoques alpha-hémolytiques isolés du nasopharynx : substance A des schizophrènes ; substance B d'épileptiques ; substance C d'arthritiques ; substance F de sujets bien portants.

Dans trois séries de tests, les auteurs ne purent d'abord confirmer que cette réaction était spécifique, et qu'elle avait quelque valeur comme diagnostic.

Dans deux nouvelles séries, 127 malades furent testés (73 schizophrènes, 22 sujets atteints d'épilepsie idiopathique ou traumatique, 32 autres sujets comme contrôle) avec les « anti-corps thermaux » préparés par Rosanow lui-même. Les anti-corps de streptocoques isolés et cultivés provenant A de schizophrènes et B d'épileptiques ont produit des réactions plus fortes chez les sujets souffrant de schizophrénie et d'épilepsie que les anti-corps préparés avec des staphylocoques isolés de sujets souffrant d'arthrite ou de sujets bien portants.

De même, les substances A et B produisent une plus grande proportion de réactions positives chez les schizophrènes et les épileptiques que les substances C et F.

Chez les sujets qui ne sont atteints ni de schizophrénie, ni d'épilepsie, les réactions sont légèrement plus fortes aux substances A et B qu'aux substances C et F, mais toujours plus faibles que chez les schizophrènes.

L. Marchand.

Un test neurophysiologique pour les diagnostics psychiatriques. Résultats sur 750 malades, par Ch. Shagosset, A. Jonès. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 114, n° 11, mai 1958, p. 1002).

Le test consiste à faire des injections intraveineuses d'amytal sodique, à la dose de 0,5 mg. par poids du corps toutes les 40 secondes, en même temps que l'on prend l'électro-encéphalogramme frontal. L'injection est continuée jusqu'à ce que le sujet présente de l'embarras de la parole ; le

tracé électro-encéphalographique présente alors une activité rapide suivie d'un plateau. C'est le « seuil sédatif ». On note alors la quantité de milligrammes d'amytal sodique qui a été injectée.

Les auteurs ont testé 750 malades et 45 sujets comme contrôle.

Dans les psychonévroses, les seuils les plus bas ont été notés chez les sujets atteints de « convulsion hystérique » et de personnalité hystérique. Les seuils les plus hauts chez les malades présentant des états anxieux et des dépressions névrotiques.

Dans les psychoses, les seuils les plus bas ont été trouvés dans les psychoses organiques, dans les dépressions psychotiques, dans les schizophrénies aiguës, dans les états schizo-affectifs, dans les états paranoïdes. Les résultats dans les états maniaques sont très variables.

On peut, avec ce test, diagnostiquer et différencier les dépressions psychotiques et les dépressions névrotiques. Dans les premières, le seuil sédation est bas et dans les secondes il est élevé.

Les résultats des « seuils sédatifs » peuvent permettre de prévoir l'action favorable au nom de l'électrochocthérapie. Plus le seuil est élevé, plus les chances de succès diminuent.

L. Marchand.

Effets psychologiques de la restriction et de la privation de thiamine chez l'adulte, jeune, normal, par J. Brozeck (*Symposium on nutrition and. Behavior,* mars 1957, p. 7-18, National Vitamin Foundation éd., New-York).

L'auteur étudie les effets psychométriques de la restriction ou de la suppression totale le la ration normale en thiamine chez l'adulte jeune, en bon état physique et psychique. La privation entraîne de notables modifications des résultats de l'Inventaire Multiphasique de la Personnalité (Minnesota) en particulier dans les échelles psychonévrotiques, hypochondrie-dépression-hystérie. Par contre, les résultats aux tests de niveau intellectuel ne semblent pas perturbés. Quant à l'activité sensori-motrice, elle est modifiée tant dans sa vitesse que dans sa précision et son efficacité. Le rétablissement d'une ra ion thiaminique normale entraîne la disparition de tous les troubles.

R. Ropert.

Aspects psychologiques et sociologiques de l'acceptation d'une ration alimentaire "de survie", par E.-P. Torrance et R. Mason, (*Symposium on Nutrition and Behavior,* mars 1957, p. 74-77, National Vitamin Foundation ed., New-York).

Les auteurs étudient le comportement alimentaire d'un groupe d'aviateurs de combat au cours d'un exercice d'entraînement de 9 jours dans les conditions expérimentales de survie, avec une ration classique d'aliments conservés. Les résultats de cette enquête expérimentale mettent en lumière un certain nombre de facteurs psychosociologiques, susceptibles de perturber l'acceptation normale de la ration en état de besoin. En particulier, les frustrations subies dans la solitude ou en public, ou l'impression d'hostilité du groupe, vécues auparavant ou actuellement, sont toujours défavorables à la conduite alimentaire normale. Par ailleurs l'intensité de la faim et de

la fatigue au moment de la première absorption des aliments conservés, l'habituelle anorexie ou l'existence de certaines aversions alimentaires jouent aussi défavorablement, de même le fait de n'avoir jamais auparavant dû utiliser cette « ration de survie ». Enfin, la personnalité et la biographie antérieure distinguent nettement, dans leur ensemble, le groupe des individus qui acceptent de ceux qui refusent la ration. Le premier groupe est fait de sujets qui avaient fait montre d'une plus grande ténacité, d'un plus grand sens de la responsabilité, d'une adaptation plus agressive et plus efficace à la vie en général et à la vie collective en particulier.

R. Ropert.

Psychiatrie et endocrinologie, par H. Binswanger (de Zurich). (*Médecine et hygiène*, Genève, 16e année, n° 398, 10 juin 1958, p. 274).

D'importants rapports existent entre l'endocrinologie et la psychiatrie, pouvant être considérés de façon diverse, d'ailleurs. Dans les sentiments, s'exprime le rapport de l'état vital instantané à la vitalité individuelle. Il est facile de comprendre combien d'importantes conséquences des troubles hormonaux peuvent entraîner dans l'expérience vitale et dans les actes conscients. Mais, il est difficile, sinon impossible de mettre en évidence les mécanismes directs et fondamentaux de ces répercussions.

V.-J. Durand.

Anorexie mentale, par W. Loffler (de Zurich). *Médecine et hygiène*, Genève, 16e année, n° 397, 30 mai 1958, p. 241-242).

L'auteur rappelle, dans une conférence à des praticiens, les éléments essentiels du problème de l'anorexie mentale. Il est d'avis de distinguer deux catégories de syndromes : 1° les anorexies passives, dans lesquelles le refus d'aliments est le seul facteur pathogénique ; 2° les anorexies actives, pour lesquelles la nourriture est parfois acceptée en apparence, mais cachée ou expulsée immédiatement par des vomissements provoqués, ou rendue inefficace par des purgations répétées. L'auteur insiste sur l'importance du rôle joué par le milieu familial et la nécessité d'en tenir compte dans le traitement.

V.-J. Durand.

La schizophrénie, unité nosologique, par Juan d'Alma (de Tucuman). (*Acta neuro-psiquiátrica argentina,* vol. 4, n° 1, janvier-mars 1958, p. 37-45).

La thèse des mécanismes multiples et divers, mais fondamentalement unitaires de la schizophrénie, et fortifiée par les études sur les problèmes hérédologiques (transmission de schizophrénie, spécialement chez les jumeaux vrais) ; par celles sur les constitutions somato-psychiques ; sur les centres cérébraux et les fonctions dont l'altération peut expliquer la phénoménologie de la maladie : sur les recherches histologiques cérébrales ; sur les affections hépato-intestinales produisant des amines pathogènes, dont l'action serait favorisée par la faiblesse du système mésenchymateux ou l'intensité de l'agression exogène ; sur les propriétés schizomimétiques d'autres amines (bulbocapnine, mescaline, acide lysergique) ; sur le rôle de la

sérotonine dans les fonctions mentales. Les points de vue différents, mais on perçoit la possibilité de les concilier dans une hypothèse de travail efficace, comportant l'idée d'un mécanisme complexe, mais essentiellement unitaire dans l'apparition de la schizophrénie. L'auteur souligne l'intérêt des explorations attentives des jumeaux.

V.-J. Durand.

Peinture de schizophrènes, par Honorio Delgado (de Lima). (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas,* Quito, vol. 6, n° 21, janvier-mars 1958, p. 3-24).

Montrant qu'il est nécessaire de distinguer parmi les schizophrènes ceux qui peignent spontanément et ceux qui le font par persuasion, l'auteur décrit les influences exercées par la maladie sur la production, qui envisage l'exécution, la conception et le contenu des tableaux, donnant quelques exemples. Puis, sont mises en relief la variété et l'individualité retrouvées dans la peinture schizophrénique. Enfin sont données des indications sur la technothérapie. Il apparaît que, dans l'esprit du malade, coexistent des fonctions perturbées avec d'autres demeurées normales. Dans la production artistique des schizophrènes, sont mêlés des éléments sains et pathologiques. La technothérapie est un mode utile de traitement fondé sur la culture de la production artistique. Onze figures, dont une en couleurs.

V.-J. Durand.

La musique en psychologie clinique, par Rolf Krojanker. (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas,* Quito, vol. 6, n° 21, janvier-mars 1958, p. 25-105).

Rares sont les travaux consacrés à la position de la musique à l'égard de la psychologie clinique. L'auteur rappelle, d'abord, l'influence exercée par la musique dans la mentalité antique et moderne, évoquant la culture des Incas, celle de la Chine, la musique dans l'histoire grecque, dans l'Ancien Testament. D'intéressants commentaires sont faits sur la place de la musique dans certaines cultures actuelles distinctes de la culture occidentale. Puis, sont étudiés l'influence de la musique sur la civilisation actuelle (radio-diffusion, télévision), ainsi que son emploi dans la psychologie éducationnelle, industrielle et clinique. C'est, d'ailleurs, surtout cette dernière qui est prise en considération. Un chapitre est consacré à l'utilisation de la thérapeutique musicale aux Etats-Unis, s'appuyant sur le livre de Edward Podalsky « Music therapy ». La musique est ensuite envisagée dans ses rapports avec la philosophie et la psychanalyse, avec rappel de l'apport de la philosophie moderne au problème posé. Une psychanalyse de la musique et des musiciens est alors entreprise, fondée essentiellement sur l'ouvrage d'André Michel: « Psychanalyse de la musique », paru en 1951. Des applications thérapeutiques sont faites de semblables explorations psychanalytiques. La musique, enfin, est considérée comme un test projectif, d'où de nombreux emplois pratiques. Enfin, sont évoquées quelques perspectives futures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Symptômes primaires et secondaires dans la schizophrénie, par Kurt Schneider (de Heidelberg). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 6, n° 4, 1957, p. 263-269).

La notion de symptômes primaires et secondaires peut être considérée de diverses façons. L'auteur décrit six significations possibles du terme symptôme primaire : 1° primaire s'opposant à secondaire, à cause de la succession chronologique (conception des classiques, retrouvée chez Griesinger et Schüle) ; 2° symptôme primaire est celui qui est toujours présent (Bleuler) ; 3° primaires sont les symptômes, psychopathologiquement non divisibles (Grühle-Bleuler) ; 4° la séparation entre symptômes primaires et secondaires est semblable à celle entre facteurs pathoplastiques et pathogéniques de Birnbaum ; 5° les symptômes primaires sont ceux dont tous les autres (secondaires) sont dérivés ; 6° aux notions de symptômes primaires et secondaires, Kurt Schneider préfère celles de symptômes de première et de deuxième classes. Cette distinction est conçue essentiellement dans un but diagnostique et pragmatique. Symptômes de première classe signifie seulement symptômes plus fréquents, prédominants.

V.-J. Durand.

"Choix de l'organe" et médecine psychosomatique, par Werner Kemper (de Rio-de-Janeiro). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 6, n° 3, 1957, p. 175-196).

Pour le choix de l'organe en médecine pychosomatique, plusieurs mécanismes peuvent intervenir. Il faut distinguer : des motifs primitivement somatiques (organe ou appareil défectueux ou faible créant un lien de moindre résistance, ou meiopragie acquise), des corrélations psychosomatiques préétablies (réaction générale, non spécifique de l'organe dans divers états d'excitation psychique, relations entre impulsions spécifiques et organes comme dans l'ulcère gastrique, déplacement d'un organe pour un autre), motifs primitivement psychiques (relations entre un phénomène pyschique et un organe, identification inconsciente avec une personne malade, représentation plastique symbolique, choix correspondant à la loi du Talion). Très souvent, d'ailleurs, il y a combinaison de plusieurs facteurs étiologiques. Divers exemples démonstratifs sont rapportés.

V.-J. Durand.

Observations sur les images consécutives et "after-effect" de mouvement, par A. Massucco Costa, A. Ponzi et G. Vitrotti (de Cagliari). (*Archivio di psichologia, neurologia e psichiatria*, 19e année, fasc. 2, mars-avril 1958, p. 115-139).

Une description est faite ici des différents effets produits par des figures planes en mouvement de rotation. Les auteurs distinguent deux types fondamentaux d'after-effect : celui de distorsion de la figure-test, celui d'avancement, rétrocession qui se produit seulement dans des conditions particulières soigneusement analysées. Ils comparent, en outre, les « after-effects » de mouvement avec d'autres phénomènes d'images consécutives et avec des phénomènes d'incorporation d'images dans la perception, montrant leurs rapports réciproques. Ces recherches conduisent à fortifier l'hypothèse

émise par les auteurs sur l'existence de différents niveaux d'intégration perceptive, révélant la nature constructive essentielle de la perception habituelle. Les résultats des diverses expériences montrent, d'autre part, que tous les « after-effects » et, les images consécutives ont un dénominateur commun, constitué par un phénomène de contraste, probablement internodal dont la genèse exacte n'est pas encore démontrée. Sa nature semble déjà préluder, à un niveau de préconnaissance, à un procédé de distinction logique appartenant à des niveaux supérieurs de la connaissance. Dix-neuf figures.

V.-J. Durand.

NEUROLOGIE

Contribution à d'importants changements inhabituels du liquide céphalo-rachidien dans la sclérose en plaques, par Anatol Dowzenko, Mieczyslaw Wender et Jerzy Patelski (de Poznan). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 81, fasc. 1-2, 1958, p. 144-151).

Les auteurs décrivent trois cas de sclérose en plaques avec modifications importantes du liquide céphalo-rachidien. Les taux de l'albumine étaient respectivement de 333, 630 et 825 mg. L'analyse de l'albumine montra une nette augmentation des globulines, en particulier des gamma-globulines. D'autre part, il y avait chez deux malades une légère xantochromie et une pléiocytose avec 113 et 256 leucocytes par mm^3. Dans le sédiment, on pouvait trouver des neutrophiles isolés. Suivant la révision de la littérature et l'analyse de leurs observations personnelles, les auteurs concluent que les modifications importantes et inaccoutumées du liquide céphalo-rachidien ne sont pas la conséquence de complications (par exemple, lésions arachnoïdiennes), mais dépendent du processus morbide lui-même de la sclérose en plaques.

V.-J. Durand.

Considérations anatomo-cliniques sur l'encéphalopathie sous-corticale chronique de Binswanger, par G. Donegani et F. H. Grattarola (de Turin). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 81, fasc. 1-2, 1958, p. 132-143).

Reprenant l'étude de l'encéphalite sous-corticale chronique, type Binswanger, les auteurs décrivent une observation personnelle, clinique et histologique, chez un malade mort à 73 ans, mais dont les premiers troubles remontaient à la cinquantaine. Il y avait de l'agitation de type maniaque, à évolution lente, avec déchéance psychique et sans signes neurologiques importants. Les principales altérations de l'encéphale étaient un kyste de ramollissement temporal droit et un foyer de myélonécrose dans le centre ovale à droite. Histologiquement, ce foyer était caractérisé par une désintégration des cylindraxes et des gaines de myéline, une bonne conservation des fibres arquées, l'intégrité relative de la substance grise corticale, l'absence de signes inflammatoires, une astrogliose réactionnelle modérée. Les mécanismes étiopathogéniques probables de cette forme d'encéphalopathie sont examinés. Neuf figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Particulier aspect histopathologique dans un cas d'épilepsie dite essentielle, par Giovanni Fattovich (de Venise). (*Folia psichiatrica*, Lecce, 1re année, 1958, p. 15-25).

Une malade entre à l'hôpital à l'âge de 54 ans, pour une crise d'agitation confusionnelle. Depuis quatre ans, il y avait des accès convulsifs avec aura. A l'hôpital, les épisodes comitiaux continuèrent, s'associant à des crises cataplectiques. La mort survint à 59 ans. L'autopsie permit de noter l'atteinte presque exclusive de la corne d'Ammon. Les cellules contenaient des corps ovoïdes ou sphériques, et d'autres d'aspect nettement granuleux. Il est difficile de pouvoir préciser le rapport entre épilepsie et altérations de la corne d'Ammon et de savoir comment ces altérations peuvent être considérées : cause ou conséquence de l'épilepsie. Trente-trois figures en hors-texte. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Aspects morphologiques de la neurohypophyse en cas de tumeurs endocraniennes, par M. Mortillaro et W. Muller (de Cologne). (*Acta Neurologica*, Naples, 12e année, n° 3, mai-juin 1957, p. 333-346).

Le travail concerne le comportement particulier du contenu en produits de sécrétion de la neuro-hypophyse de sujets décédés après avoir subi une intervention sur le cerveau pour tumeurs endocraniennes. On peut observer que, dans le cas de tumeurs pariéto-occipitales, le produit de sécrétion est absent dans un pourcentage très élevé (70 %). Au contraire, pour les autres tumeurs, il est présent dans plus de 70 % des cas. Si on considère les tumeurs qui ne présentent pas de produit de sécrétion (surtout tumeurs pariéto-occipitales), on trouve une importante proportion de neuro-hypophyses montrant une infiltration basophile (dans 87 %). Il est possible de tenter une explication de ce comportement du produit de neuro-sécrétion par un ralentissement ou un empêchement du passage de ce produit dans le sens noyaux hypothalamiques-neurohypophyse. Un tel trouble pourrait être rapporté à l'étirement, à la coudure, à la compression (avec les troubles vasculaires consécutifs) du pédoncule hypophysaire. En ce qui concerne la signification à attribuer à l'infiltration basophile surtout notée en cas d'absence de neurosécrétion, on peut penser qu'il s'agit d'un phénomène comparable à ce que certains ont constaté par l'expérimentation. Huit figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

La paralysie faciale périphérique et son pronostic électromyographique, par A. Subirana et E. Masó-Subirana. (*Anales de Medicina*, Barcelone. vol. 44, n° 1, mars 1958, p. 21-37).

Pour un pronostic correct de paralysie faciale, il faut tenir compte de l'étiologie et des résultats des examens électriques. On peut distinguer deux groupes étiologiques : paralysies traumatiques, paralysies par autres causes. Selon les données électromyographiques obtenues à la troisième semaine d'évolution d'une paralysie faciale périphérique, on peut former trois groupes. Les paralysies pour lesquelles on constate l'activité de l'unité motrice aux efforts volontaires, avec ou sans fibrillation, doivent être traitées médi-

calement. Celles, où manque toute activité de l'unité motrice lors des essais de contraction volontaire, mais où se montre de la fibrillation au repos, doivent être soumises à une thérapeutique chirurgicale. La présence de fibrillation fait craindre une régression partielle de la motilité volontaire et l'apparition de complications ultérieures. L'examen électromyographique permet de différencier un hémispasme facial non paralytique des cas précédés d'une atteinte périphérique de la septième paire. Neuf figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur un cas de porphyrie aiguë. Données cliniques et thérapeutiques, par Aldo Giannini (de Pise). (*Rivista di Neurobiologia,* vol. 4, fasc. 1, janvier-mars 1958, p. 3-32).

L'auteur décrit un cas de porphyrie aiguë, survenu chez une malade de 23 ans, avec tableau de paralysie ascendante aiguë. La maladie était caractérisée par une tétraplégie flasque, des troubles au niveau des nerfs craniens. Puis l'évolution se fit vers une amélioration lente et progressive avec, au bout de six mois, guérison incomplète ; il y avait comme reste morbide une légère parésie des nerfs radiaux et sciatiques poplités externes. Les manifestations observées au niveau de l'appareil cardio-vasculaire, des reins et de l'appareil digestif sont évoquées, ainsi que quelques altérations humorales, caractéristiques de la maladie. Au point de vue thérapeutique, il apparaît que l'emploi de certains médicaments, tels que la cortisone, l'A.C.T.H., la chlorpromazine, associés aux traitements vitaminés et hépato-protecteurs, peut agir favorablement sur l'évolution de la porphyrie aiguë. Le pronostic, autrefois généralement fatal de la maladie, est ainsi vraiment transformé. Deux figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Commentaires sur un cas d'hypertension endocranienne avec éosinophilie du liquide céphalo-rachidien, par P. Martinez-Garcia, J. Bonet Rodés et A. Coma Fabrés. (*Anales de Medicina,* Barcelone, vol. 44, n° 1, mars 1958, p. 45-51).

Les auteurs présentent un cas de cysticercose cérébrale, chez un enfant de 7 ans. L'intérêt de l'observation réside surtout dans l'éosinophilie importante du liquide céphalo-rachidien (95 %). D'autre part, l'existence d'une diplopie était un signe rarement noté. L'opération donna un excellent résultat avec absence de convulsions et de céphalées et fond d'œil normal. Trois figures.

V.-J. Durand.

Troubles ophtalmologiques consécutifs aux diverses oblitérations des troncs supra-optiques, par R. Puncernau. (*Anales de Medicina,* Barcelone, vol. 44, n° 1, mars 1958, p. 123-150).

Les troubles circulatoires, consécutifs aux thromboses carotidiennes, qui affectent les veines optiques, les centres optiques et la motilité volontaire ou autonome, ne présentent pas de caractéristiques spéciales. Les troubles

circulatoires proprement ophtalmologiques montrent les caractères suivants: *a*) dans les oblitérations carotidiennes bilatérales (faisant partie du syndrome d'oblitération des troncs supra-optiques), il y a des troubles liés au déficit circulatoire de type lent et progressif, avec tableau de rétinopathie hypotonique, associés à des troubles secondaires (cataractes, atrophie de l'iris, glaucome). Parfois, on aboutit à l'atrophie optique ; *b*) dans les thromboses unilatérales, la lésion ophtalmique peut être une atrophie optique rapide, le plus souvent avec aspect d'oblitération de l'artère centrale de la rétine ; *c*) dans des thromboses de la carotide interne, uni- ou bilatérales, il n'y a que des troubles passagers de la vue, sans lésion organique. Si on constate, rarement, une atrophie optique, c'est sans doute la conséquence d'une embolie secondaire de l'artère centrale de la rétine. Les troubles de type dynamique sont évidents dans la majorité des cas de thromboses. Une observation personnelle est rapportée. Dix figures. Bibliographie importante.

V.-J. Durand.

Astasie-abasie hystérique de trente ans de durée, par Jacob H. Friedman et Louis Goldstein (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy,* vol. 12, n° 2, avril 1958, p. 315-318).

Excepté en pathologie militaire ou pour des causes en rapport avec les conditions de combat, l'astasie-abasie hystérique est très rare. L'auteur présente un cas remarquable par la durée exceptionnelle de l'évolution. Débutant à l'âge de 36 ans, le trouble moteur se prolongea plus de trente ans. Vue à l'âge de 69 ans, la malade ne fut pas améliorée par le traitement. Il est possible de retrouver ici des phénomènes de régression, précipités par un événement traumatique (traumatisme cranien à l'âge de 36 ans, par des ciseaux tombant de quatre mètres environ).

V.-J. Durand.

Relations entre la syringomyélie et l'acropathie ulcéro-mutilante familiale. A propos d'un cas clinique, par I. Ionesco, V. Ionasesco et Z. Mester (de Bucarest). (*Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica,* vol. 58, fasc. 3, mars 1958, p. 260-269).

Il s'agit de l'observation clinique d'une jeune fille de 22 ans, dont l'affection avait débuté cinq ans plus tôt. Chez cette malade, on constatait un syndrome sensitif de type syringomyélique avec anesthésie thermo-algésique entre C2 et S3 et un syndrome trophique très important avec ulcération cornéenne gauche, fracture pathologique de la tête du fémur gauche et du deuxième métatarsien droit, lésions ulcératives osseuses localisées aux orteils, ayant nécessité l'amputation des premier et deuxième orteils droits et des quatrième et cinquième orteils gauches. Les auteurs, commentant ce cas, discutent des relations entre syringomyélie et acropathie ulcéro-mutilante familiale. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Clonies bilatérales en salves des globes oculaires et des orteils associées à des troubles de l'équilibre apparus lors d'une rechute d'un syndrome infectieux avec ictère, par Ed. Krebs, R. Messimy et D. Petit-Dutaillis. (*Revue neurologique*, t. 98, n° 1, janvier 1958, p. 25).

Un homme âgé de 36 ans présente une angine avec fièvre, subictère, asthénie, vomissements. Un mois après, rechute du subictère et apparition de clonies des globes oculaires et des orteils, de troubles de l'équilibre. Au bout d'un mois, atténuation progressive. Des perturbations électro-encéphalographiques ont été constatées. L'enquête étiologique reste négative sauf en ce qui concerne les réactions de fixation du complément avec l'antigène ornithose-psittacose.

L. Marchand.

Poussées évolutives de certains méningiomes au cours de la grossesse et de la menstruation, par E. Bickerstaff, J. Small et I. Guest. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 21, mai 1958, p. 99).

Aux onze exemples de méningiomes dont les symptômes progressent ou au contraire s'atténuent durant la grossesse, les auteurs rapportent deux autres cas. Il s'agit de méningiomes qui sont supersellaires, parasellaires ou voisins de la petite aile du sphénoïde. Au cours de l'affection, la céphalée et la douleur supra-orbitaire peuvent être légères ou absentes. Pendant les quatre derniers mois de la grossesse, apparaissent des symptômes unilatéraux, tels que scotome central, diplopie, ptosis unilatéral qui disparaissent après la grossesse. On a pu faire des erreurs de diagnostic avec la myasthénie grave ou des anévrysmes. On a expliqué cette poussée évolutive des méningiomes durant la grossesse et la menstruation en admettant que les tumeurs étaient sensibles aux influences hormonales ou bien qu'elles augmentent de volume par suite d'une rétension acqueuse générale.

L. Marchand.

Hypersomnie prolongée engendrée par des lésions bilatérales du système activateur médial. Le syndrome thrombotique de la bifurcation du tronc cérébral, par E. Facon, M. Stériade et N Wertheim. (*Revue neurologique*, t. 98, n° 2, février 1958, p. 117).

Observation concernant une malade de 78 ans chez laquelle la maladie a débuté trois ans auparavant par une hypersomnie, des hallucinations et des signes oculaires d'atteinte du mésocéphale. L'hypersomnie a persisté pendant trois années jusqu'à la mort. Au cours des deux premières années, on notait une inversion du rythme veille-sommeil. Au cours de la dernière année, la malade ne pouvait plus être réveillée que pour être nourrie. A l'examen anatomo-pathologique, on décèle une thrombose de l'extrémité orale du tronc basilaire déterminant un ramollissement symétrique sur le trajet des artères thalamo-perforées avec blocage bilatéral du système activateur médial mésencéphalique et thalamique, d'où l'hypersomnie irréversible qui a duré trois années.

L. Marchand.

Méningiomes du recessus latéral, par J. de Busscher, G. Van Renynghe de Voxvrie et G. Hoffmann (de Gand). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 57, fasc. 1, janvier 1957, p. 67-84).

Les auteurs, contrairement à l'opinion générale, ont rencontré plus de méningiomes que de neurinomes de l'angle ponto-cérébelleux. Ils en rapportent douze cas, vérifiés opératoirement de janvier 1948 à décembre 1953. Ont été exclus de la série, les méningiomes de la tente, du clivus, du trou occipital, du sinus latéral et de la convexité du cervelet. Des douze malades étudiés, neuf étaient des femmes. L'âge moyen s'établissait à 51 ans. Les symptômes cliniques se sont montrés variables. C'est d'ailleurs l'écart entre les signes constatés et la succession chronologique habituelle qui doit faire penser qu'il ne s'agit pas d'un neurinome. Ni l'artériographie, ni la ventriculographie, ni l'électro-encéphalographie, ni la radiographie ne confirment ce soupçon clinique. Car le méningiome peut aussi bien agrandir le trou auditif interne du côté malade, que le neurinome peut provoquer des destructions étendues de la région moyenne du rocher. Les images radiologiques ne sont pas spécifiques. La composition du liquide céphalo-rachidien serait un élément utile, si la ponction lombaire n'était contre-indiquée L'examen oto-vestibulaire a permis le diagnostic préopératoire. Du fait de l'hypertension prononcée régnant dans la fosse postérieure et de la non-destruction totale du nerf acoustique, l'audiogramme montre une perte de l'ouïe pour les sons aigus des deux côtés, avec prédominance homolatérale. L'ablation partielle des tumeurs peut se révéler seule possible à cause de leur extension parfois extrême et de leurs ramifications. Il n'y a eu, dans la série, ni décès, ni paralysie faciale, mais la récupération a été limitée. L'extirpation totale provoquerait des décès opératoires ou des paralysies faciales, mais les survivants pourraient, dans les cas les meilleurs, reprendre leur travail. Huit figures en hors-texte. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La neurosyphilis, autrefois et aujourd'hui, par B. Rodriguez-Arias (de Barcelone). (*Medicina clinica,* Barcelone, 15e année, t. 29, n° 2, août 1957, p.75-82).

Les progrès de la science médicale et de la thérapeutique ont été particulièrement marqués en ce qui concerne la neurosyphilis. Quelques faits essentiels sont rappelés par l'auteur qui évoque d'abord les étapes successives de l'identification nosologique de la maladie. Puis, il étudie sa symptomatologie, fait quelques commentaires anatomo-cliniques, montre les transformations du pronostic, l'importance de la prophylaxie, les éléments du traitement. La pénicilline est un produit excellent pour les formes de nature mésodermique. Elle doit être associée à la malariathérapie dans les méningo-encéphalomyélites. Les préparations bismuthiques sont d'utiles adjuvants. La streptomycine et l'auréomycine se révèlent d'une efficacité limitée. Au point de vue terminologique, l'auteur est d'avis de conserver le terme de neurosyphilis en y ajoutant un qualificatif : acquise, innée, méningée, névritique, cérébrale, médullaire, parenchymateuse, latente, ignorée.

V.-J. Durand.

Recherches électroencéphalographiques dans les encéphalopathies vasculaires diffuses et en foyer. Revue de la littérature sur la question et contribution expérimentale, par A. Masciocchi (de Pavie). (*Rivista sperimentale di frenatria,* vol. 82, fasc. 1, 31 mars 1958, p. 55-150).

La première partie de ce travail est consacrée à une revue de la bibliographie relative aux résultats de l'électro-encéphalographie dans les encéphalopathies vasculaires diffuses et en foyer. Sont successivement examinées les formes en foyer (hémorragie, ramollissement, hématomes, anévrysmes, angiomes, angiomatose encéphalo-trigéminée), puis les formes diffuses (hypertension artérielle, artério-sclérose, hémorragie sous-arachnoïdienne, syndrome thalamique, apoplexie transitoire, thrombophlébite, pseudo-encéphalite, hémicranie). Il apparaît, dans l'ensemble, que les activités thêta et delta sont celles qui se rencontrent le plus souvent dans les diverses formes vasculaires. L'activité lente, généralement en foyer ou limitée à un hémisphère, n'a aucune valeur pour le diagnostic. C'est une réponse non spécifique à des lésions de n'importe quel type du cortex cérébral. Les lésions profondes isolées n'entraînent pas de ralentissement notable du rythme. Pour les atteintes profondes, le seul signe valable est l'asymétrie d'amplitude. L'absence d'ondes delta s'accompagnant d'une faible amélioration clinique fait redouter une lésion profonde, irréversible. Pour les syndromes vasculaires, les tracés doivent être pris en série.

La seconde partie du mémoire est consacrée à la contribution expérimentale personnelle de l'auteur : trois observations avec contrôle d'autopsie, six autres avec contrôle chirurgical (cinq hématomes, une thrombose de la caotide interne). Puis, des observations cliniques. Pour les lésions vasculaires superficielles, l'auteur admet une activité lente, delta, dominante, en foyer. Les lésions les plus profondes domineraient surtout des ondes thêta généralisées. Quelques considérations sont faites sur la valeur pronostique de l'électro-encéphalogramme. Vingt-huit figures. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Quelques remarques sur un état de mal épileptique vérifié, par Jean Cordier. (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 1, janvier 1958, p. 26-30).

Un malade de 23 ans, épileptique depuis l'âge de 15 ans, retardé intellectuel, présente huit crises consécutives suivies d'un état de stupeur de 24 heures, puis d'agitation oniroïde et d'agressivité violente pendant une journée. Le décès survint en hyperthermie deux jours plus tard. L'autopsie montre des pertes cellulaires des cellules de Purkinge et du noyau dentelé, des infiltrations de nodules gliaux dans le pédoncule antéro-supérieur de l'axe cérébelleux, dans la substance blanche périventriculaire. Il s'agit de lésions semblables à celle de l'épilepsie chronique, pour ce qui concerne les pertes cellulaires. Les nodules gliaux traduiraient des lésions locales micronécrotiques de la substance blanche. Ils seraient l'ébauche des atrophies, notamment cérébelleuses, rencontrées dans les cas chroniques.

V.-J. Durand.

Sur la nature et la genèse des tumeurs mixtes du système nerveux. Contribution anatomo-clinique, par D. Merigliano et G. Moscatelli (de Rome). (*Il lavoro neuropsychiatrico,* 12e année, vol. 22, fasc. 1, février 1958, p. 103-152).

Les auteurs discutent d'un cas de tumeur mixte du système nerveux chez une jeune fille de 19 ans avec atteinte de deux feuillets embryonnaires (ectoderme et mésenchyme). Il y avait, en effet, des éléments épithéliaux sous forme de cordons cellulaires solides, de formations kystiques et papillifères, d'éléments en rosettes, à côté de lésions connectivales des cartilages, du tissu adipeux, de myxomatose. Les divers éléments de la tumeur présentaient une disposition particulière caractérisée par le mélange intime des constituants. Après avoir examiné la notion de tumeur mixte, les auteurs en viennent à discuter les dysontogénies, s'arrêtant surtout sur les dysontogénies mixtes dans lesquelles est classée la présente observation. Ils pensent que leur cas est différent des tératomes dits dermoïdes. Il y a des différences au point de vue cytoarchitectonique à cause du mélange désordonné et intime de tissus embryologiquement distincts. Pour les auteurs, ces formations doivent s'être développées à partir d'éléments cellulaires plurivalents et indifférenciés. Vingt-huit figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Présentation et discussion d'un cas de névrite cranienne unilatérale et multiple ou polynévrite cérébrale ménièriforme de Frankl Hochwart, par M. Saginario (de Parme). (*Rivista sperimentale di frenatria,* vol. 82, fasc. 1, 31 mars 1958, p. 151-164).

Après la définition de la position nosographique du syndrome de Frankl Hochwart (paralysie multiple de nerfs craniens à distribution unilatérale, avec atteinte du facial, de l'acoustique et du trijumeau, associée à la participation d'autres nerfs craniens), l'auteur en donne les caractéristiques cliniques. Puis, il présente et discute un cas de névrite cranienne unilatérale et multiple qui touchait toutes les paires de la quatrième à la dixième. L'atteinte du nerf acoustique et, en particulier, le syndrome ménièriforme en constituant des aspects essentiels. Il faut souligner la possibilité qu'une condition de réactivité organique variée soit à la base du syndrome, surtout par l'intermédiaire d'un mécanisme de sensibilisation avec des réactions non spécifiques, en face de causes infectieuses ou toxi-infectieuses. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Syndromes neurologiques dans les malformations osseuses cranio-cervicales, par V. Floris, A. Noveletto et G. Argentat (de Rome). (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* vol. 47, fasc. 1, janvier-février 1958, p. 1-38).

Les auteurs présentent dix cas de malformation de la colonne cervicale et de l'articulation occipito-atloïdienne qui apparaissaient cliniquement avec une symptomatologie neurologique de type varié (sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Friedreich, ataxie pariétale, etc.). Ils soulignent la disproportion existant entre les tableaux neurologiques et les signes radiologiques. Des malformations osseuses graves peuvent

être asymptomatiques, tandis que d'autres, assez légères (par exemple : occipitalisation de l'atlas, impressions basilaires), peuvent déterminer l'apparition de troubles neurologiques. Au point de vue de la pathogénie des signes neurologiques, deux mécanismes peuvent intervenir : soit simple compression des structures nerveuses, soit participation de ces dernières à une éventuelle dysraphie. Des précisions sont données pour le diagnostic différentiel, ainsi que pour les diverses techniques neurochirurgicales, jusqu'à mainte nant assez rarement appliquées. Vingt figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Observations électroencéphalographiques sur un cas de leucoencéphalite sclérosante subaiguë, par Gianantonio Alberton (de Feltre). (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* vol. 47, fasc. 1, janvier-février 1958, p. 49-56).

Un cas de leucoencéphalite sclérosante subaiguë est observé chez une fillette de neuf ans. L'auteur en donne une description clinique et électroencéphalographique, montrant que les décharges d'ondes lentes, amples, constamment périodiques, maintiennent une rythmicité rigoureuse soit pendant le sommeil barbiturique, soit dans la phase terminale de la maladie quand le tracé prend un aspect gravement désorganisé. Figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Syndrome fronto-calleux. Observations clinico-radiologiques dans deux cas de tumeurs fronto-calleuses, par P. D. Mastrogiovanni et S. di Gaeta (de Naples). (*Acta neurologica,* 13e année, n° 1, janvier-février 1958, p. 49-79).

Les auteurs développent la description clinique et radiologique de deux cas de tumeurs fronto-calleuses, l'un, chez une malade de 42 ans, par gliome kystique, l'autre, chez un sujet de 55 ans, par astrocytome fibrillaire. Une discussion soigneuse est faite de la phénoménologie clinique. L'existence d'un syndrome fronto-calleux est confirmée. Ses éléments neurologiques objectifs sont analysés. Puis, est faite une étude descriptive du diagnostic différentiel radiologique. Il apparaît, de la mise au point détaillée faite par les auteurs, que la pus grande importance doit être accordée, pour le diagnostic, à l'exploration neuro-radiologique soigneuse par encéphalographie gazeuse et angiographie cérébrale. Sept figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

D'une dégénérescence spino-cérébelleuse avec mouvements involontaires unilatéraux du type athétosique chez un débile épileptique, par G. Colle (de Beernem). (*Acta neurologica et psichiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 2, février 1958, p. 114-123).

Un débile épileptique, mort à 31 ans, présentait au point de vue neurologique, une hémiparésie droite avec athétose, ainsi qu'un syndrome cérébelleux progressif avec hypotonie et aréflexie tendineuse. L'examen histopathologique montra : d'une part, une atrophie corticale du cervelet accom-

pagnée de dégénérescences cordonales pyramidales, cérébelleuses et (à un moindre degré) des faisceaux de Goll ; d'autre part, au niveau de la couche optique et des cornes d'Ammon, des lésions vasculaires discrètes, mais superposables à celles des encéphalopathies infantiles.

V.-J. Durand.

Remarques sur une épilepsie temporale avec une petite tumeur méconnue de la région amygdalienne et troubles tardifs cérébelleux, puis pseudo-bulbaires, par J. Roussel (de Bruges). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica*, vol. 58, fasc. 2, février 1958, p. 124-129).

L'auteur présente un cas d'épilepsie à évolution assez particulières, en trois périodes : phénomènes épileptiques et psychiques ; phase de céphalées faisant soupçonner une tumeur cérébrale, non découverte cependant, malgré encéphalographie et ventriculographie, en même temps, début d'ataxie ; phase d'ataxie grossière avec troubles de type pseudo-bulbaire et symptômes pyramidaux. Au point de vue anatomo-pathologique, il fut trouvé surtout des lésions de type vasculaire fonctionnel au niveau des lobes préfrontaux et temporaux, ainsi que de la sclérose lamellaire au niveau du cervelet. De plus, fut découvert un astrocytome kystique à la pointe du lobe temporal droit.

V.-J. Durand.

Quelques observations d'épilepsie "génétique", par J. Cordier (de La Hestre). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica*, vol. 58, fasc. 1, janvier 1958, p. 10-25).

L'auteur fait une revue générale des arguments statistiques anthropologiques et psychologiques qui plaident en faveur de l'intervention d'un facteur génétique dans certaines observations d'épilepsie. Quelques cas récemment publiés sont résumés. Ils se montrent en faveur de la même hypothèse. Puis, trente observations concernant treize familles sont passées en revue et analysées. Il convient de remarquer l'existence fréquente d'oligophrénies graves (neuf malades sur trente), de troubles névrotiques caractériels et d'épisodes psychotiques (trois fois). D'autre part, quelques maladies et quelques familles souffrent de manifestations allergiques. Les observations d'épilepsie pour lesquelles peut être envisagé un facteur héréditaire sont rares, surtout si l'épilepsie est un symptôme isolé, transmis suivant les modalités mendéliennes. L'auteur n'en a pas vu d'exemple convaincant dans la série de malades. Il est possible de proposer un démembrement clinique des épilepsies s'accompagnan d'autres manifestations : allergiques, exsudatives, anomalies mentales et anthropologiques. En conclusion, l'auteur indique qu'il lui paraît difficile d'éliminer un facteur génétique chez 10 % environ des familles d'épileptiques. L'étude des jumeaux et des familles d'épileptiques montre qu'un élément fonctionnel électrophysiologique est à la base de la susceptibilité aux manifestations comitiales. Cette caractéristique électro-encéphalographique dépasse de loin le champ étroit de l'épilepsie clinique. Elle consiste en pointes-ondes plus ou

moins typiques, avec bilatéralité et synchronisme. L'existence, permanente ou transitoire, de foyers électriques, ne permet pas d'éliminer le facteur génétique. Il serait permis d'isoler deux sous-groupes : d'une part, les familles où l'on rencontre épilepsie, migraines et manifestations allergiques ; d'autre part, celles qui présentent des cas de débilité mentale grave avec dysmorphose et épilepsie. Tableau donnant les arbres généalogiques des familles étudiées. Référence bibliographiques.

V.-J. Durand.

Un nouveau syndrome : dyscéphalie avec tête d'oiseau et anomalies dentaires, nanisme, hypotrichose, atrophie cutanée, microphtalmie et cataracte congénitale, par J. François. (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique,* 6e série, t. 23, 1958, n° 1-2, p. 105-148).

On trouve dans la littérature 21 observations montrant le même ensemble syndromique, décrit sous des dénominations variées, depuis l'alopécie congénitale suturale d'Aubry (1893) jusqu'à la dysostose mandibulo-faciale de Blodi (1957). Sept symptômes essentiels sont communs à ces cas : dyscéphalie avec tête d'oiseau (scapho- ou brachy-céphalie, aplasie du maxillaire inférieur, nez mince et effilé), anomalies dentaires, nanisme proportionné, hypotrichose (avec plaques alopéciques), atrophie cutanée (tête et surtout nez), microphtalmie bilatérale, cataracte congénitale (bilatérale, totale ou incomplète). Par contre, quelques signes négatifs doivent être atrophie musculaire, ni arthrite chronique, ni artériosclérose prématurée, atrophie musculaire, ni arthrite chronique, ni artériosclérose prématurée, ni ni altérations unguéales, ni arriération mentale. Après rappel des 21 observations de la litératture, l'auteur décrit un cas personnel. Puis, il fait une étude systématique du syndrome, donnant tous les éléments nécessaires pour le diagnostic différentiel de cette displasie méso-ectodermique, à séparer d'autres malformations voisines. Vintg-sept figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Documents anatomo-cliniques sur l'épilepsie. Aspects neurologiques tardifs (cérébelleux ou rigides) au cours de démences épileptiques, par A. Deschamps, G. Colle (de Beernem) et J. Hozay (d'Anvers). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 2, février 1958, p. 105-113).

Deux observations sont présentées, concernant des déments épileptiques. Dans la première, c'est le cervelet qui était le plus atteint, avec tableau de rigidité au premier plan. Cette rigidité ne peut être attribuée à une lésion du locus niger, retrouvé intact, il faut incriminer l'atrophie cérébrale (traduite par l'existence de grands ventricules) et la participation pallido-striée. A aucun moment de l'évolution, prolongée pendant quatorze ans, le malade ne s'était présenté comme un cérébelleux. Les lésions de cette région étaient demeurées muettes. La seconde observation apparaît comme une atrophie cérébelleuse avec aréflexie tendineuse, compliquée ultérieurement d'une hypertonie spastique, d'abord unilatérale. Anatomiquement, fut retrouvée une atrophie cérébelleuse de type cortical.

V.-J. Durand.

Syndrome de la queue de cheval par hernie discale, par R. Hasaerto et J. Brihaye (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 3, mars 1958, p. 247-259).

Les auteurs présentent quatre observations de syndrome compressif de la queue de cheval par hernie massive d'un nucleus pulposus.. L'intervention chirurgicale entraîne une guérison définitive dans un des cas, des séquelles neurologiques importantes persistant toujours dans un autre, et plus discrètes dans le quatrième cas. Passant en revue la littérature correspondante, les auteurs estiment qu'il n'est pas possible de faire avec certitude le diagnostic différentiel de compression par tumeur ou par hernie. Cependant, l'ensemble des données fournies par l'anamnèse et l'examen clinique, ainsi que par les diverses explorations complémentaires, peut faire porter un diagnostic de probabilité. Parmi ces facteurs, l'évolution antérieure « en roue dentée » (Cogwheel) est peut-être l'élément le plus caractéristique. Le pronostic des compressions médullaires par hernie discale est conditionné par des multiples facteurs, parmi lesquels la brusquerie d'installation du syndrome et la durée de la compression jouent un rôle important. Ce pronostic sera toujours réservé. Trois figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Etude artériographique expérimentale de la vasomotricité céphalique, par R. van den Bergh (de Louvain). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 3, mars 1958, p. 231-246).

A l'aide d'une technique artériographique personnelle, l'auteur a étudié, chez le chien, l'influence vasomotrice du ganglion cervical supérieur sympathique, du nerf pneumo-gastrique et du plexus carotidien. L'excitation du ganglion cervical supérieur entraîne une vasoconstriction nette des vaisseaux extra-craniens et une vasoconstriction minime des artères intra-cranienes avec dérivation de la masse sanguine vers l'hémisphère opposé. L'exclusion du ganglion cervical supérieur provoque une vaso-dilatation dans le domaine de l'artère carotide externe, mais ne semble provoquer aucune modification des gros vaisseaux intra-craniens. L'excitation du pneumo-gastrique n'a entraîné, dans les expériences présentes, aucun changement du calibre vasculaire. Le plexus carotidien, enfin, exerce une influence importante sur les gros vaisseaux céphaliques ; tandis qu'une excitation sous la forme d'un refroidissement détermine une vaso-constriction globale marquée, la suppression du plexus donne une forte vaso-dilatation extra- et intra-cranienne. Onze figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Une atrophie cérébelleuse sénile fruste sous l'aspect clinique d'une épilepsie-myoclonie progressive avec démence, par J. Henneaux (de La Hestre). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica,* vol. 58, fasc. 3, mars 1958, p. 270-275).

Chez une malade de treize ans apparaissent des crises d'épilepsie généralisée, puis des myoclonies, des décharges cloniques bilatérales en salves, des troubles mentaux (caractériels). Les signes s'aggravent progressivement en ce qui concerne les phénomènes excito-moteurs, tandis que les crises

convulsives disparaissent. Il y a des perturbations graves de la motricité volontaire et de la parole avec une certaine participation extrapyramidale et cérébelleuse. La mort survint à l'âge de 58 ans, après plusieurs années de situation sérieuse comme grabataire. L'examen histologique montre des corpuscules amyloïdes très nombreux dans certaines régions sous-méningées et périventriculaires du cerveau, mais surtout au niveau de la moelle. Ces corpuscules sont généralement extra-cellulaires. Mais, à cause de l'âge, les seules lésions significatives sont, surtout, la raréfaction importante des cellules de Purkinje (dont une contient un corpuscule amyloïde), l'état pigmenté du locus niger, avec raréfaction cellulaire. On note aussi accessoirement, des lésions cellulaires de type scléreux avec gliose, au niveau des cornes antérieures de la moelle, et pâleur aux coupes myéliniques, des cordons postérieurs. L'auteur pense que son observation appartient au groupe des atrophies cérébelleuses.

V.-J. Durand.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

L'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Aspects psychopathologiques et considérations psychopédagogiques, par Giuseppina Baldini et Elda Brasca (de Florence). (*Infanzia Anormale,* fasc. 26, mars-avril 1958, p. 167-190).

Grâce à des observations sur un groupe d'enfants psychiquement anormaux, dont certains, atteints de dyslexie et de dysorthographie, les auteurs ont effectué une recherche sur les conditions d'un développement altéré de la personnalité, avec entrave à l'apprentissage normal de l'écriture et de la lecture. Dans ce but, a été mis au point un test spécial permettant de mettre en évidence rapidement les différents types de défauts. Ils ont été classés en catégories nettement séparées. Les conditions essentielles pour un bon apprentissage de la lecture et de l'écriture sont une bonne latéralisation et une organisation spatiale développée. Des causes fréquentes de dyslexie et de dysorthographie sont également le retard de la marche et du langage, les défauts de prononciation, l'instabilité psycho-motrice ; il est possible d'établir une corrélation entre cause et qualité du défaut. Une intervention corrective vraiment efficace doit partir d'une complète évaluation des troubles du développement de la personnalité et faire adapter à chaque cas les mesures nécessaires. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Quelques considérations sur l'influence des traumatismes craniens sur le développement psychique de l'enfant, par Ugo Basso et Augusto Rondelli (de Bologne). (*Medicina Legale e delle Assicurazioni,* vol. 5, fasc. 4, 1957, p. 489-527).

Les auteurs examinent la difficile question de l'influence exercée par les traumatismes craniens sur le développement psychique de l'enfant. Après un exposé critique de la littérature correspondante, ils rapportent 21 observations personnelles. Dans onze cas, il s'agissait d'un traumatisme unique ;

dans dix, de coups répétés portant spécialement sur la tête. Les sujets avaient des troubles psychiques caractérisés surtout par un ralentissement de l'évolution mentale et des modifications du comportement et du caractère. Il semble que la capacité lésive du traumatisme cranien unique est un fait certain. Quant aux coups réitérés, ils influeraient défavorablement sur le développement psychique pendant la période évolutive. Ceci serait démontré, non seulement par les altérations anatomo-histologiques liées directement au traumatisme, mais aussi par les réactions gliales particulières, au niveau du cerveau, et dépassant par leur intensité les limites d'une fonction réparatrice. Il s'agit alors d'un processus destructeur des structures du tissu nerveux. Au point de vue médico-légal, il faut donner une spéciale attention aux problèmes de responsabilité en matière civile ou pénale. Onze figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La contribution de la psychanalyse à la compréhension du développement de l'enfant, par Cecily de Monchaux (de Londres). (*The British Journal of Medical Psychology,* vol. 30, n° 4, 1957, p. 250-254).

Parmi les éléments apportés par Freud à la compréhension de la psychologie infantile et, particulièrement, du développement de l'enfant, l'auteur considère successivement : la relation entre les diverses phases de la sexualité, l'effet de ces phases sur les relations objectales, leur effet sur les fonctions du moi. Il apparaît que si on peut connaître le développement de l'enfant par l'analyse des adultes ou celle des enfants ou par l'observation directe, les meilleurs moyens d'arriver à davantage de précision sont les procédés combinant les diverses méthodes précédentes.

V.-J. Durand.

Les crèateurs de systèmes : Piaget et Freud, par James Anthony (de (Londres). (*The British Journal of Medical Psychology,* vol. 30, n° 4, 1957, p. 255-269).

Pour l'auteur, il est plein d'intérêt et très utile de comparer les conceptions de Piaget et de Freud relatives au développement de l'enfant. Sont considérées les conditions dans lesquelles ont été élaborées les premières théories de Piaget. Elles étaient d'abord de type dynamico-magico-phénoméniste. Plus tard, elles devinrent plus expérimentales. Elles allèrent vers une vue génétique de la connaissance. Divers contacts furent pris avec la psychanalyse. Certaines comparaisons peuvent être faites entre les descriptions anciennes et celles plus récentes de Piaget (montrant l'évolution de la pensée du psychologue suisse), puis entre les formulations de Piaget et celles de Freud. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Influence des tensions familiales dans l'étude des convulsions infantiles, par Maria P. Manhaes. (*Revista Brasileira de Saude Mental,* vol. 3, n° 1, juin 1957, p. 55-71).

Les convulsions infantiles doivent être considérées comme étant une forme particulière de réponse de l'organisme, occasionnée par des perturbations

dans la sphère somatique, émotive et familiale, tenant compte des relations entre l'individu et la famille, celle-ci et la société. Pour que ce problème soit mieux compris et étudié, il faut le libérer de la question générale de l'épilepsie. Il faut seulement décrire, dans chaque cas, la cause ou les facteurs probables. On a ainsi, par exemple, des convulsions par hyperthermie, d'autres par lésion cérébrale. Il est évident que les facteurs émotionnels contribuent également à cette situation. La présence de ces facteurs doit toujours être recherchée, y compris dans les cas où la situation apporte des avantages pour l'enfant (attirer l'attention des parents, les dominer, etc.). Les éléments en jeu sont : l'enfant, la famille et la société. Il convient de les étudier séparément pour bien préciser la nature du cas.

V.-J. Durand.

Approche éthologique à la recherche du développement infantile, par John Bowlby (de Londres). (*The British Journal of Medical Psychology,* vol. 30, n° 4, 1957, p. 230-240).

Un problème essentiel pour la psychologie clinique et sociale est la nature et le développement des relations de l'enfant avec d'autres personnes. Il est possible de faire à la recherche du développement de l'enfant des applications de conceptions éthologiques. Evoquant les travaux des psychanalystes, l'auteur indique qu'il préfère une approche éthologique. Celle-ci pourrait d'ailleurs permettre de reformuler certaines conceptions psychanalytiques. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Représentation des étapes du développement et conscience en soi chez l'enfant, par J. Lévine (*Enfance,* mars-avril 1958).

L'auteur a interrogé près de 500 enfants de 5 à 14 ans sur la notion qu'ils ont des différentes étapes de la vie : petit, moyen et grand. A mesure que l'enfant grandit, il nomme « petit » le bébé, puis l'enfant d'âge préscolaire, celui qui n'a pas 7 ans, enfin celui qui n'est pas un jeune homme. Les enfants de 10 ans appellent « moyen » l'âge encore très proche du leur, mais après 11 ans, la moitié des enfants se rend compte que l'âge moyen dure jusqu'à 20 ans environ. Pour les enfants de 5 et 6 ans, la notion de « grand » correspond à 10 ans, mais vers cet âge cette notion se précise pour devenir nette à 13 ans. L'auteur demande ensuite aux enfants dans quel groupe ils se placent. A 5 et 6 ans, l'enfant se considère comme grand. De 7 à 13 ans, il se considère comme moyen et à 14 ans comme petit, car il prend une conscience plus nette de la notion d'adulte. Les filles de 10 ans situent la fin de petit, de moyen et du début de grand, plus tard que les garçons, et celles de 14 ans les situent plus tôt, car la fillette de 10 ans s'identifie beaucoup plus aux adultes que les garçons du même âge, mais en grandissant, elles se rendent compte de l'importance de la jeune fille. Des graphiques et de nombreuses réponses d'enfants illustrent cet article.

D. Joyeux-Quercy.

L'appréciation esthétique d'œuvres d'enfants par les enfants, par J. Sukes. (*Enfance,* mars-avril 1958).

Deux tendances : d'une part, les livres d'enfants illustrés par des enfants ou des dessins d'adultes de style enfantin, d'autre part, des dessins d'adultes nets, clairs, précis. On prend 10 couples de reproductions, de gouaches, d'illustrations de livres enfantins où s'opposent dessins d'enfant et d'adulte et on demande à 400 enfants, de 5 à 14 ans, leurs préférences. L'auteur étudie les raisons du choix pour chaque couple de tableaux (dessin, couleur, netteté...). Les garçons de 5 ans et les filles jusqu'à 7 ans ont une légère préférence pour les œuvres d'enfants, mais parmi celles-ci pour les peintures des enfants les plus âgés (13 et 14 ans). Tous les autres préfèrent les œuvres d'adultes. Le goût des filles plus prononcé que celui des garçons pour les œuvres d'enfants s'explique par l'attrait des couleurs vives. Après 8 ans, les garçons rejettent moins nettement les dessins d'enfants parce qu'ils y trouvent un certain humour et un trait appuyé. Dans l'ensemble, l'enfant s'éloigne de ses œuvres pour se rapprocher de l'adulte. Ce désir de l'enfant de devenir adulte doit être utilisé par l'éducateur.

D. Joyeux-Quercy.

Notion de hasard et développement intellectuel, par G. Pire (*Enfance* mars-avril 1958).

Le C.S.C., test d'intelligence, comprend cinq séries contenant chacune un item relatif au hasard. L'auteur explique chacun de ces item qu'il présente selon leurs difficultés à des enfants de 10 à 12 ans, des élèves en cours d'études secondaires classiques, techniques, commerciales supérieures, candidats aux sciences commerciales, physiques et mathématiques, candidats ingénieurs civils ; et il donne les réponses obtenues et les pourcentages d'erreur. D'autre part, il a soumis aux tests des jeunes gens de 20 ans n'ayant fait que des études primaires. Le pourcentage des réponses exactes, donc la notion de hasard et de probabilités, s'y montre lié au développement intellectuel. L'évolution se poursuit jusqu'à 16 ans environ, mais tous n'arrivent pas à la perfection, certains restent à des stades intermédiaires ou parfois même primitifs. Les résultats obtenus amènent des conclusions analogues à celles de Piaget. L'auteur souligne l'intérêt de ces questions sur le hasard dans un test d'intelligence.

D. Joyeux-Quercy.

Dessins-robots, par M. Aupècle (*Enfance,* mars-avril 1958.)

Pour chaque test de dessin, l'auteur propose d'établir une série de dessins-robots correspondant à chaque âge. Il expose la méthode utilisée pour dresser les planches de dessins-robots correspondant au test du bonhomme et au test H.C. On prend les moyennes des points obtenus aux différents âges et les pourcentages de réussite aux divers item. Pour un âge donné, on prend autant d'item que de points en choisissant les item ayant le plus fort pourcentage de réussite. L'assemblage de ces divers éléments donne le dessin-robot de l'âge donné. Plusieurs planches contenant les dessins-robots du bonhomme, du test de H.C. et du schéma de Wintsch (méthode différente) illustrent cet exposé.

D. Joyeux-Quercy.

Influence du milieu sur le développement mental. Répercussion sur l'organisation des programmes didactiques, par Pierre-Gilles Weil (*Enfance*, mars-avril 1958).

L'auteur a voulu vérifier que la courbe évolutive des illettrés diffère de celle des individus ayant eu une scolarité normale. Pour cela, il a utilisé sur 27.000 Brésiliens à partir de l'âge de six ans et comprenant toutes les catégories raciales une troisième forme d'un test d'intelligence non verbale dont il nous présente les avantages. Un graphique montre chez les illettrés une courbe basse évoluant à peine avec l'âge, et chez les instruits une courbe beaucoup plus élevée, évoluant de l'enfance à la vieillesse. L'auteur passe cependant en revue tous les facteurs, en dehors de l'instruction, qui auraient pu orienter ces courbes. Il reconnaît qu'on ne peut pas encore adapter un programme à un développement mental qui est lui-même produit de l'instruction reçue et constate qu'on en revient à l'éducation individuelle « sur mesure » de Claparède. D. Joyeux-Quercy.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Étude sur les propriétés pharmacodynamiques et toxiques du 2.2-diphényl - 3 - méthyl - 4 - morpholinobutyryl - pyrollidine (R. 875). Démonstration de ses effets toxico-manogènes, par J. La Barre, J.-J. Desmarez et J. Dumont (de Bruxelles). (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 6e série, t. 23, n° 3-4, 1958, p. 313-314).

D'une soigneuse étude du R. 875, les auteurs concluent que ce produit ne possède pas d'effet dépresseur sur la circulation aux doses thérapeutiques habituellement utilisées, qu'il s'agit d'un dépresseur respiratoire très puissant, beaucoup plus dangereux à manier que la morphine. D'après la méthode d'administration lente de Knaffl Lenz, chez le cobaye, le R. 875 se montre environ trois fois plus toxique que la morphine. Chez la souris, d'après la méthode de Woolfe-Mac Donald, il est cinq fois plus analgésique que la morphine, l'étude étant limitée à la recherche de la douleur thermique. Il est possible de substituer le produit à la morphine chez des animaux accoutumés à ce dernier corps. Il fait disparaître l'agitation consécutive au sevrage morphinique. Certains ont signalé l'existence de véritables toxicomanies au R. 875. Ceci est confirmé par plusieurs auteurs dans la discussion qui a suivi cette communication. Trois figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le « psychome » par L. S. D. Les aspects psychopathologiques de l'intoxication expérimentale par L. S. D. chez des normaux, par Danilo Cargnello et Niksa Lukinovich (de Sondrio). (*Archivio di Psicologia, Neurologia et Psichiatria*, 19e année, fasc. 2, mars-avril 1958, p. 141-194).

Les auteurs font une étude détaillée de l'action neuropsychique de la diéthylamide de l'acide lysergique. L'expérimentation a été faite chez vingt sujets, psychiquement normaux, par injection intraveineuse de cent gammas du produit. Il faut d'abord considérer les phénomènes initiaux : 1) subjec-

tifs (à caractère général : troubles cénesthésiques, impression de malaise, de fatigue, de froid, de chaud, de tremblement, de légèreté ; à caractère localisé : buccaux, oculaires, auriculaires, dysesthésies du tronc ou des membres, douleurs de la nuque) ; 2) le tableau neurologique avec Romberg, marche oscillante, incoordination, parole explosive, tremblement, fibrillations palpébrales, troubles extrapyramidaux variables, symptômes sensitifs, neuro-végétatifs, mydriase, diminution du réflexe photo-moteur, soit intense, somnolence ; 3) état de conscience : tendance des sujets à communiquer à l'observateur ce qu'ils éprouvent, autoanalyse augmentée, bonne vigilance, soit rétrécissement, soit élargissement du domaine de la conscience, perturbations de la conscience du moi ; 4) troubles thymiques : concordance ou discordance entre état thymique et manifestations affectives, labilité de l'humeur ; 5) phénomènes psycho-sensoriels visuels : dysopsies et métamorphopsies (macropie, micropie, dysmégalopsie, prosopométamorphopsie, téléopsie par exemple), paréidolies, hallucinoses élémentaires et figurées ; 6) incidence sur les autres domaines sensoriels (sphères auditive, gustative, phénomènes synesthésiques de type psycho-sensoriel) ; 7) troubles dysschématiques et du schéma corporel avec, particulièrement, phénomènes de lévitation ; 8) dépersonnalisation (somatopsychique, autopsychique, allopsychique) ; 9) troubles du « vécu » temporel ; 10) troubles du cours de la pensée ; 11) reflux et reviviscence de contenus complexuels et infantiles ; 12) rapports entre l'examinateur et le sujet : transfert positif, émergence de phénomènes délirants. Le tableau clinique a des caractères très nets, mais il tend à perdre en spécificité selon que les manifestations psycho-pathologiques seront plus ou moins liées à la personnalité. Les manifestations d'allure schizophrénique, souvent observées, sont généralement tardives et sans doute réactionnelles. Nombreuses références bibliographiques. V.-J. Durand.

Étude de la stimulation du thalamus chez l'homme, par Iwao Matsu (de Kanazawa). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica,* vol. 11, n° 2, septembre 1957, p. 101-127).

La stimulation électrique du thalamus chez l'homme, pratiquée chez 85 sujets, a donné lieu à six types de réactions : 1) réaction de type épileptique (soit grand mal, soit petit mal, soit obnubilation de la conscience avec sommeil). Il y a généralement stimulation de la partie dorso-médiane du thalamus ; 2) réaction émotionnelle, agréable ou désagréable ; la première par excitation de la portion dorso-médiane, la seconde par stimulation de la région ventrale de la portion dorso-médiane. En principe, la réaction pénible est liée à des stimulations plus fortes ; 3) réactions de sommeil, proche de la réaction épileptiforme, avec laquelle il n'y a que des différences de degré dans l'intensité des stimulations ; 4) réactions sensorielles produites par le noyau ventral postérieur, se projetant sur une surface corporelle hétérolatérale. Il s'agit de douleurs, de paresthésies, de rougeur faciale ; 5) réactions motrices, avec déplacement conjugué de la tête et des yeux, athétose. Cette dernière serait consécutive à la stimulation de la portion ventrale du noyau latéral ; 6) réactions du système neuro-végétatif : myosis, mydriase, sont de fréquente observation. Bien que ses expériences aient été faites dans des conditions opératoires variables, l'auteur pense que les résultats obtenus sont valables au point de vue de la physiologie du thalamus. Douze figures. Références bibliographiques. V.-J. Durand.

THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude des lésions osseuses traumatiques, comme complication de l'électrochocthérapie, par V. Di San Sebastiano et G. Quarta-Colosso (de Lecce). (*Folia Psychiatrica,* Lecce, 1re année, 1958, p. 159-170).

A propos de sept cas de fractures par électro-chocs observées pendant les années 1954 à 1956, les auteurs montrent le très bas pourcentage de ces complications. Ils décrivent des méthodes qui visent à prévenir ces incidents traumatiques et reconnaissent dans la technique du glissando le moyen le plus adapté au but recherché. D'ailleurs, il faut savoir que des fractures peuvent toujours se produire, même si des précautions ont été prises. Quelques considérations médico-légales sont faites. Quatre radiographies en hors-texte. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'électrochocthérapie sous narcose barbiturique avec curarisation succinylcholinique, par U. de Giacomo et G. Lo Cascio (de Rome). (*Folia Psychiatrica,* Lecce, 1re année, 1958, p. 5-14).

Les auteurs rapportent les résultats de leur expérience sur la méthode d'électro-choc sous narcose barbiturique et avec utilisation de biiodure de succinylcholine, associé à l'oxygénation avant et après le passage du courant. De 71 cas traités, 56 étaient atteints de psychoses dépressives. Pour ces dernières, les résultats ont été favorables dans 91 % des cas. Aucun incident n'a été observé, bien que les sujets traités aient eu des contre-indications à l'électro-choc habituel. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Traitement de la schizophrénie basé sur les relations objectales, par H. Azima et E. D. Wittkower (de Montréal). (*Acta Neuro-Psiquiátrica Argentina,* vol. 4, n° 1, janvier-mars 1958, p. 2-8).

On peut conseiller une méthode basée sur l'hypothèse de la gratification des nécessités basiques, comme instrument de réorganisation dans le traitement de la schizophrénie. Le but de la thérapeutique est de renouer les relations objectales correspondant aux divers stades régressifs. Les conditions nécessaires à l'obtention de résultats favorables sont indiquées. De nombreux conseils sont donnés, ainsi que des précisions sur la conduite de la cure.

V.-J. Durand.

Clinique et thérapeutique des névroses et des psychoses, considérées comme troubles fonctionnels de la respiration et de la motricité, par José A. Gaiorsa (de São Paulo). (*Revista de Psicologia Normal e Patológica,* São Paulo, 3e année, n° 3-4, juillet-décembre 1957, p. 473-513).

L'auteur présente, de façon détaillée, huit protocoles d'entretiens psychothérapiques de quatre malades, pour lesquels il a été possible de faire des

interprétations et des exercices basés sur la pensée que la névrose est, entre autres, une perturbation des appareils respiratoire et moteur. Ces cas ont été publiés pour illustrer des études théoriques antérieures de l'auteur.

V.-J. Durand.

La cyanocobalamine dans les syndromes schizophréniques, par Antonello Missaglia (de Trieste). (*Note e Riviste di Psichiatria*, 50e année, fasc. 4, octobre-décembre 1957, p. 755-770).

Vingt malades de la section femmes de l'hôpital psychiatrique de Trieste ont été traitées par des électro-chocs (les deux premiers jours de la semaine), suivis d'injections d'acétylcholine (d'après la méthode de Fiamberti, les quatre jours suivants). Le dimanche, pas de chocs. Associés aux chocs électriques et acétylcholiniques étaient faites (quinze minutes avant les chocs) des injections de vitamine B12 à 1.000 gammas mélangée à un extrait lipoïdique cérébral. Les vingt malades présentaient un syndrome schizophrénique de date récente. Une rémission complète de la symptomatologie psychique a été obtenue dans 65 % des cas. Le résultat a été nul dans 20 %, tandis que les 15 % restants montraient une amélioration transitoire. L'auteur propose l'hypothèse d'une participation synergique de l'extrait lipoïdique cérébral et de la vitamine B12 pour un renforcement du métabolisme de la cellule nerveuse. Cette participation pourrait être facilitée par l'hyperémie cérébrale consécutive aux chocs. En conclusion, l'auteur pense possible de traiter et de résoudre rapidement, par cette association thérapeutique, une psychose schizophrénique récente. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Notes psychanalytiques sur le choc hypoglycémique de Sakel, par Walderedo Ismael de Oliveira. (*Revista Brasileira de Saùde Mental*, vol. 3, n° 1, juin 1957, p. 37-53).

Pour connaître l'expérience psychopathologique du malade soumis au coma hypoglycémique profond, deux types de recherches peuvent être employés : recherches relatives aux aspects phénoménologiques du choc, explorations psychanalytiques relatives aux aspects dynamiques du coma. L'auteur étudie les investigations psychodynamiques, en particulier celles de Schilder, d'après lesquelles les chocs ont la signification d'une expérience de mort suivie de résurrection. D'autres conclusions peuvent être tirées de la situation de choc, concernant la relation psychiatre-malade pendant la cure. L'auteur évoque des expériences fragmentaires de malades analysés après le coma insulinique. Des interprétations peuvent être faites à propos du phénomène de transfert. Le psychiatre se comporte comme un objet persécuteur introjecté. Le malade montre une attitude de soumission masochiste, pour éviter la menace plus grande de perdre le psychiatre. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'expérience de psychothérapie de groupe, par Hugh Mullan (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 11, n° 4, octobre 1957, p. 830-838).

Deux parties doivent être distinguées dans une psychothérapie de groupe : l'interaction et l'emploi analytique de cette interaction. Le résultat de cette dernière est l'expérience qui permet au malade de devenir conscient de ses impressions les plus profondes. Pour l'analyse de l'interaction, le psychothérapeute a un double rôle : d'une part, permettre et faciliter en la stimulation l'extériorisation dans le groupe de l'expérience brute ; d'autre part, juger, décrire, choisir, abstraire, analyser, conceptualiser, employer certaines techniques. La maîtrise de ces deux rôles est essentielle à la réalisation d'une bonne psychothérapie collective.

V.-J. Durand.

Traitement chirurgical de la maladie de Parkinson, par Hernando Corredor et Alvaro Corredor. (*Anales Neuropsiquiatricos*, Bogota, 16e année, vol. 11, n° 46, octobre-décembre 1957, p. 21-37).

Après un rappel des notions essentielles sur l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la physiopathologie et la neurophysiologie de la maladie de Parkinson, montrant, au passage, les points encore obscurs, les auteurs envisagent les opérations tentées pour traiter cette affection. Il y a d'abord les interventions de la neurochirurgie classique : corticales et cortico-sous-corticales, coagulation de l'anse lenticulaire, pyramidotomie pédonculaire, opérations sur les noyaux dentelés du cervelet, cordotomies médullaires postérieure, antérieure et antéro-latérale, rhizotomie postérieure, sympathectomie cervicale, ligature de l'artère choroïdienne antérieure. Il y a surtout, actuellement, les diverses interventions stéréotactiques. Elles permettent d'atteindre électivement les structures sous-corticales, déterminent un traumatisme opératoire minime, donnent une amélioration des hyperkinésies sans troubles de la fonction motrice. Les auteurs font une analyse critique des différents procédés neuro-chirurgicaux et montrent les progrès déjà réalisés et ceux qui restent à faire. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Communication en psychothérapie, par Bernard F. Riess (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 11, n° 4, octobre 1957, p. 774-789).

La communication verbale entre le malade et le thérapeute constitue le point central de la pratique psychothérapique. La psychothérapie est une profession essentiellement verbale. Il est nécessaire d'envisager à son sujet quelques concepts de base relatifs à l'échange verbal. Actuellement, les problèmes de la communication sont particulièrement étudiés. On sait que la névrose peut être regardée comme un trouble de la communication. Les notions de signification, de symboles, sont de grande importance pour la compréhension des questions psychopathologiques relatives aux névroses. Il en est de même des études de linguistique comparée et d'histoire des langues. Pendant la cure psychothérapique, les communications entre médecin

et malade ont une valeur essentielle. Les relations entre les deux partenaires reposent sur des communications, l'un et l'autre étant impliqués dans une série de situations réciproques, pour lesquelles la communication se rapporte à la fois au monde réel et au monde vu par le malade. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Traitement des psychoses symptomatiques par l'azacyclonol, par Alfredo Saavedra. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, t. 20, n° 3, septembre 1957, p. 359-392).

Après avoir rappelé l'action de l'azacyclonol sur les psychoses symptomatiques, l'auteur décrit de façon détaillée huit cas de psychoses exogènes, trois toxiques, cinq organico-toxiques, un de psychose greffée sur un processus schizophrénique. Avec une dose moyenne de 300 mg. par jour, fut obtenu un succès complet dans les huit premiers cas ; dans le neuvième, l'échec suivit la prise de 600 mg. par jour. Quelques conceptions sont exposées sur le mécanisme d'action probable de l'azacyclonol : soit comme neutralisateur d'une substance encore non identifiée, responsable par elle-même ou par son influence sur les complexes enzymatiques cérébraux, de la symptomatologie exogène ; soit comme apaiseur ou anti-inhibiteur de mécanismes psychologiques auxquels on peut attribuer la production de certains troubles apparemment neurologiques purs. On peut préconiser l'emploi de l'azacyclonol, à cause de son efficacité et de sa bonne tolérance, dans tous les cas de psychoses symptomatiques, même graves, et comme élément diagnostique dans quelques cas exogènes ou endogènes douteux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le méprobamate en psychiatrie, par Baltazar Caravedo C. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, t. 20, n° 3, septembre 1957, p. 393-400).

Le méprobamate se montre nettement efficace comme traitement symptomatique de l'angoisse, comme thérapeutique de l'hystérie de conversion, de quelques types de troubles du comportement chez l'enfant, dans la phase de début du traitement de l'alcoolisme, comme auxiliaire de la cure de troubles convulsifs. Dans l'ensemble, il exerce une action primordiale sur les symptômes dominants d'anxiété et de tension. C'est cependant un produit à manier avec prudence, car l'expérience clinique a montré que, chez beaucoup de malades, il y a tendance à l'accoutumance. La suppression brusque du produit peut provoquer diverses réactions et même des convulsions. D'autre part, quelques malades présentent, à cause du méprobamate, des troubles allergiques.

V.-J. Durand.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La séance ordinaire du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 24 novembre 1958, à 15 heures 30 précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

L'assemblée générale et la séance ordinaire du mois de décembre de la Société médico-psychologique auront lieu le lundi 22 décembre 1958, à 15 heures 30 précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

Nomination dans l'ordre de la légion d'honneur

Au grade de chevalier :

M. le D[r] J. Bonhomme, membre titulaire et ancien président de la Société médico-psychologique ;

M. le D[r] J. Goldefy, ancien chirurgien-chef de l'hôpital français d'Alexandrie, chirurgien au centre psychiatrique Sainte-Anne à Paris.

Enseignement

M. le D[r] Jean Sutter, membre titulaire de la Société médico-psychologique, agrégé, a été nommé professeur à la chaire de la Faculté de médecine d'Alger, en remplacement du professeur Manceaux, décédé.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Vacances de postes

La vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Prémontré (Aisne) est envisagée ;

La vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Montdevergues (Vaucluse) est envisagée ;

La vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Vauclaire (Dordogne) est envisagée.

(*J.O.* du 1[er] octobre 1958, p. 9029).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Clermont-Ferrand.

(*J.O.* du 5 octobre 1958).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Digne (poste créé).

(*J.O.* du 10 octobre 1958, p. 9286).

Les candidatures doivent être adressées dans un délai de trois semaines, à compter de la publication des présents avis, au ministère de la santé publique, direction de l'administration générale, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17e.

Nominations

Par arrêté en date du 9 août 1958, l'arrêté du 24 mai 1958 nommant d'office M. le Dr Angelergues (René) médecin-chef du quartier psychiatrique du centre hospitalier de Cayenne (Guyane), en remplacement de M. le Dr Brocheriou, appelé à d'autres fonctions, a été rapporté ;

M. le Dr Schmitz (Bernard) a été nommé d'office médecin-chef du quartier psychiatrique du centre hospitalier de Cayenne (Guyane), en remplacement de M. le Dr Brocheriou, appelé à d'autres fonctions. L'intéressé est placé à la 6e classe du cadre (indice brut 515) ;

M. le Dr Sivadon, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, est détaché auprès de la Mutuelle générale de l'éducation nationale, pour une durée de cinq ans, à compter du 15 juin 1958, en vue d'assurer les fonctions de médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de La Verrière (Seine-et-Oise) ;

M. le Dr Damey, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Privas (Ardèche), a été nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève (Isère), poste créé ;

M. le Dr Gambs (Albert), médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère), a été nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Privas (Ardèche), poste créé ;

Mme le Dr Dell (Michèle) qui, par arrêté du 24 mai 1958, avait été mise à la disposition du gouvernement de l'Algérie en vue d'assumer les fonctions de médecin-chef dans un hôpital psychiatrique d'Algérie, cet arrêté a été rapporté par l'arrêté en date du 2 septembre 1958 ;

Par arrêté en date du 2 septembre 1958, l'arrêté du 29 mai 1958, M. le Dr Bonnet (Dominique), à la disposition du gouvernement de l'Algérie en vue d'assumer les fonctions de médecin-chef dans un hôpital psychiatrique d'Algérie, a été rapporté.

(*J.O.* du 21 septembre 1958, p. 8699).

Vacances de places d'internes en médecine

Une place d'interne en médecine est vacante à l'hôpital psychiatrique de Mayenne à Mayenne. Début : 480.000 fr., plus avantages en nature. S'adresser au médecin-directeur à Mayenne.

Directeur-gérant : Olivier Garand.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1958 (3e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 92.884. — 1958
Printed in France